

DOUTORAMENTO

PSICOLOGIA

***Burnout, Engagement, Tecnostress e Satisfação***  
**Laboral em Profissionais de Saúde do Interior-**  
**Norte de Portugal**

Melani Paulo da Silva

**D**

**2017**



***BURNOUT, ENGAGEMENT, TECNOSTRESS E SATISFAÇÃO LABORAL EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO INTERIOR-NORTE DE PORTUGAL***

**Melani Paulo da Silva**

Janeiro 2017

Dissertação apresentada no Programa Doutoral em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP) e coorientada pelo Professor Doutor Miguel Cameira (FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## RESUMO

Assiste-se atualmente a enormes mudanças no mundo laboral, e a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho tem alertado que o *stress* no trabalho e o *burnout* estão a aumentar, com impacto negativo na saúde e no bem-estar dos trabalhadores. O trabalho pode constituir um fator de motivação e satisfação individual, mas o recurso intenso à tecnologia enquanto meio de trabalho pode levar ao *tecnostress*, “lado negro” das Tecnologias de Informação e Comunicação por exigir constante atualização e adaptação por parte dos trabalhadores, contribuindo para o desequilíbrio da exigências e recursos no trabalho.

Este estudo pretende conhecer a saúde ocupacional de Profissionais de Saúde do interior-norte de Portugal, nomeadamente da Unidade Local de Saúde do Nordeste, tendo como objetivos: conhecer os níveis de *burnout*, *tecnostress*, *engagement* e satisfação laboral destes profissionais; verificar como variam em função de características sociodemográficas e profissionais; e analisar as relações entre estas variáveis, nomeadamente o seu valor preditivo.

Os dados foram recolhidos junto de 339 profissionais de saúde (68% enfermeiros, 14% médicos e 18% técnicos) através de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, da Utrecht Work Enthusiasm Scale (UWES, Schaufeli & Bakker, 2003), do Questionário de Satisfação Laboral (QSL-23, Meliá & Peiró, 1989), do Maslach *Burnout* Inventory- Human Service Survey (MBI-HSS, Maslach & Jackson, 1997) e da Escala de *Tecnostress* para utilizadores das Tecnologias de Informação e Comunicação (RED-TIC, Salanova et al., 2004).

Os resultados foram organizados no formato de três artigos e revelaram baixos níveis de *burnout* e de *tecnostress* e níveis moderados a altos de *engagement* e de satisfação laboral. Foram encontradas diferenças significativas nas variáveis *burnout*, *engagement*, *tecnostress* e satisfação laboral em função de variáveis sociodemográficas e profissionais, nomeadamente grupo etário, estado civil, existência de filhos, local de trabalho, categoria profissional, anos de serviço, local de trabalho e desejo de mudança de profissão, instituição ou serviço. O *burnout* e o *engagement* revelaram-se construtos independentes e as variáveis sociodemográficas e profissionais apresentaram menor poder preditivo do *burnout* quando comparadas com a satisfação laboral e o *tecnostress*.

**PALAVRAS-CHAVE:** Profissionais de Saúde; *Burnout*; *Engagement*; *Tecnostress*; Satisfação laboral.

## **ABSTRACT**

Currently, there are enormous changes in the labour market, and the European Agency for Safety and Health at Work has warned that job stress and burnout are increasing, having negative impact on workers' health and well-being. Working tasks can be a motivation factor and elicit job satisfaction, but the intensive use of technology as a job resource can lead to technostress. This is a "dark side" of the Information and Communication Technologies, which require workers' constant updating and adaptation, contributing to the imbalance of job demand/resources.

This study aims to know the occupational health of health professionals working at the interior-north of Portugal, in particular at the Nordeste local health care unit. The specific aims are: to know burnout, technostress, engagement and job satisfaction levels among these professionals; to verify if these variables vary according to socio-demographic and professional characteristics; and to analyse the relationships between these variables, in particular its predictive value.

Data were collected among 339 health professionals (68% nurses, 14% doctors and 18% technicians) through a questionnaire with sociodemographic and professional characterization, Utrecht Work Enthusiasm Scale (UWES, Schaufeli & Bakker, 2003), Job Satisfaction Questionnaire (QSL-23, Meliá & Peiró, 1989), Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS, Maslach & Jackson, 1997) and Technostress Questionnaire for Information and Communication Technologies Users (RED-TIC, Salanova et al., 2004).

Results were organized in the form of three papers, and revealed low levels of burnout and technostress, and moderate to high levels of engagement and job satisfaction. Significant differences were found for burnout, engagement, technostress and job satisfaction according sociodemographic and professional characteristics, in particular age group, marital status, presence of children, workplace, professional category, years of service, and desire to change profession, institution or service. Burnout and engagement revealed to be independent concepts and sociodemographic and professional characteristics presented lower burnout predictive power than job satisfaction and technostress.

**KEYWORDS:** Health professionals; Burnout; Engagement; Technostress; Job satisfaction.

## RÉSUMÉ

Actuellement on voit d'énormes bouleversements dans le marché du travail, et l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail a averti que le stress au travail et l'épuisement professionnel augmentent, ayant un impact négatif sur la santé et le bien-être des travailleurs. Le travail peut constituer un facteur de motivation et de la satisfaction individuelle, mais 'utilisation intensive de la technologie comme un moyen de travail peut provoquer le tecno stress. Celui-ci est le « côté noir » des Technologies d'Information et Communication, qui demandent une mise à jour constante et une adaptation des travailleurs, contribuant au déséquilibre entre les exigences et les ressources au travail.

Cette étude veut connaître la santé occupationnelle des professionnels de la santé de l'intérieur-nord du Portugal, en particulier de l'unité local de santé du Nordeste, ayant comme objectifs : connaître les niveaux d'épuisement professionnel, tecno stress, motivation et satisfaction professionnelle de ces professionnels; vérifier comment ces variables varient selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles; et analyser les relations entre ces variables, en particulier leur valeur prédictive.

Les données ont été recueillies parmi 339 professionnels de la santé (68% infirmières, 14% médecins et 18% techniciens), en utilisant grâce un questionnaire de caractérisation sociodémographique et professionnelle, l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES, Schaufeli & Bakker, 2003), le Questionnaire de Satisfaction au Travail 8QSL-23, Meliá & Peiró, 1989), le Maslach Burnout Inventory- Human Service Survey (MBI-HSS, Maslach & Jackson, 1997) et le Questionnaire de Tecnostress pour les Utilisateurs des Technologies d' Information et de Communication (RED-TIC, Salanova et al. 2004).

Les résultats ont été organisées sous la forme de trois articles et ont révélé de faibles niveaux d'épuisement et de tecno stress et des niveaux modérés ou élevés de la motivation au travail et de la satisfaction professionnelle. On a trouvé des différences significatives dans l'épuisement, tecno stress, motivation au travail et satisfaction professionnelle, selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, surtout le groupe d'âge, l'état matrimonial, la présence d'enfants, la catégorie professionnelle, les années de service, et le désir de changer de profession, institution ou service. L'épuisement professionnel et l'engagement se révélaient des concepts indépendants et les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles ont démontrée un pouvoir prédictif de l'épuisement, par rapport à la satisfaction au travail et le tecno stress.

**MOTS-CLES:** Professionnels de la santé ; Épuisement professionnel; Engagement; Tecno stress; Satisfaction professionnelle.

## AGRADECIMENTOS

Terminada esta tese, apresento os meus agradecimentos sinceros a todos aqueles que, de alguma ou de muitas formas, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço aos **Profissionais de Saúde** que participaram e tornaram possível a realização deste estudo. Pela sua disponibilidade e colaboração, o meu muito obrigada. Agradeço também à **Unidade Local de Saúde do Nordeste** pela aprovação do estudo e pela atitude sempre solícita e disponível durante a implementação do mesmo.

Um agradecimento especial à **Professora Doutora Cristina Queirós**, minha Orientadora, pelo contínuo suporte e estímulo, sempre presentes ao longo desta caminhada. Pela disponibilidade de sempre, encorajamento, oportunidades de aprendizagem e crescimento científico, que tornaram viável a conclusão desta tese, muito obrigada.

Ao **Professor Doutor Miguel Cameira**, meu Co-orientador, apesar de ter sido integrado após o início desta tese, agradeço toda a orientação na componente estatística, bem como o suporte, estímulo e disponibilidade oferecidos. Muito obrigada pela oportunidade de novas aprendizagens e pela tranquilização em momentos de maior insegurança.

Um agradecimento especial **aos meus pais, Fátima e José**, por me apoiarem incondicionalmente na concretização deste meu objetivo. Ainda que não o tenham verbalizado, sempre soube o quanto confiaram em mim e nas minhas capacidades e que convictamente acreditaram que viria a ser bem-sucedida nesta caminhada que foi o programa doutoral. Aos meus pais e ao **meu afilhado, João**, dedico esta tese.

Agradeço ao **Flávio**, pelo carinho, tolerância, suporte emocional e encorajamento de sempre. Muito obrigada.

Agradeço ao meu irmão e cunhada, **Óscar e Luzia**, pelo incentivo e interesse demonstrados.

Agradeço às minhas grandes amigas **Ana Posse e Maria João**, pela amizade genuína e pela compreensão face às ausências... que não foram poucas!

Às minhas **colegas de trabalho** Joana Dias, Benita Chaves e Rita Novais, agradeço a amizade, boa disposição, suporte e incentivo presentes ao longo desta caminhada conjunta. Ao **Dr. Fernando Passos** agradeço o incentivo, o reforço e a colaboração, que me permitiram concluir, atempadamente, este trabalho.

Na impossibilidade de nomear todos aqueles que me acompanharam no decurso desta etapa, árdua e exigente, sempre com uma palavra de apoio e confiança, o meu sincero e humilde muito obrigada.

“O sonho é ver as formas invisíveis  
Da distância imprecisa, e, com sensíveis  
Movimentos da esp’rança e da vontade,  
    Buscar na linha fria do horizonte  
A árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte  
    Os beijos merecidos da Verdade”.

**Fernando Pessoa**



## **ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

MBI - Maslach *Burnout* Inventory

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TDT - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

TS - Técnicos Superiores

TSS - Técnicos Superiores de Saúde

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS - NE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO I - SAÚDE OCUPACIONAL: DO <i>STRESS</i> AO <i>BURNOUT</i> E <i>TECNOSTRESS</i></b>	<b>20</b>
1.1. Do <i>stress</i> ao <i>stress</i> ocupacional	21
1.2. Burnout	22
1.2.1. Definição e modelos explicativos	25
1.2.2. Causas e manifestações	32
1.2.3. Intervenções individuais e grupais	34
1.2.4. <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	36
1.3. Tecnologias de Informação e Comunicação no contexto de trabalho	40
1.3.1. <i>Tecnostress</i> : caracterização do fenómeno	42
1.3.2. Relação com <i>burnout</i>	46
1.3.3. <i>Tecnostress</i> em profissionais de saúde	47
<b>CAPÍTULO II - BEM-ESTAR NO TRABALHO: DO <i>ENGAGEMENT</i> À SATISFAÇÃO LABORAL</b>	<b>49</b>
2.1. <i>Engagement</i>	50
2.1.1. Definição e contextualização do conceito	50
2.1.2. Relação com o <i>burnout</i>	56
2.1.3. <i>Engagement</i> em profissionais de saúde	57
2.2. Satisfação laboral	59
2.2.1. Definições e modelos	60
2.2.2. Relação com burnout, engagement e tecnostres	66
2.2.3. Satisfação laboral em profissionais de saúde	68
<b>CAPÍTULO III - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE E DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS ESTUDADAS</b>	<b>71</b>
3.1. O Sistema Nacional de Saúde Português	72
3.2. Caracterização da Unidade Local de Saúde do Nordeste	75
3.3. Caracterização das categorias profissionais da ULS-NE	77
3.3.1. Médicos	77
3.3.2. Enfermeiros	78
3.3.3. Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	81
3.3.4. Técnicos Superiores	82
<b>PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO IV- METODOLOGIA</b>	<b>89</b>
4.1. Objetivos e Hipóteses	90
4.2. Instrumentos	93
4.3. Procedimento de recolha e análise de dados	95
4.4. Caracterização da Amostra	96
<b>CAPÍTULO V - ESTUDO 1: CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ULS NORDESTE</b>	<b>99</b>
5.1. Introdução	100
5.2. Método	100
5.2.1. Participantes	100
5.2.2. Material	100
5.2.3. Procedimento	100
5.3. Resultados	100
5.4. Discussão	121
5.5. Conclusões	130

<b>CAPÍTULO VI - ESTUDO 2: <i>BURNOUT</i> E <i>ENGAGEMENT</i> EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO INTERIOR-NORTE DE PORTUGAL</b>	<b>134</b>
6.1. Introdução	136
6.2. Método	140
6.2.1. Participantes	140
6.2.2. Material	140
6.2.3. Procedimento	141
6.3. Resultados	141
6.4. Discussão	145
<b>CAPÍTULO VII - ESTUDO 3: SAÚDE NO TRABALHO: <i>TECNOSTRESS</i> E <i>BURNOUT</i> EM ENFERMEIROS</b>	<b>148</b>
7.1. Introdução	150
7.1.1 Burnout	150
7.1.2 Tecnostress	153
7.2. Metodologia	157
7.2.1. Participantes	157
7.2.2. Instrumentos	158
7.2.3. Procedimento	158
7.3. Resultados	159
7.4. Discussão	162
7.5. Conclusões	164
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>167</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>177</b>

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos o mundo laboral tem sofrido enormes mudanças, cujo impacto pode ser positivo ou negativo, na saúde mental e física dos trabalhadores, seja pela melhoria das tarefas a realizar (ex: recurso à tecnologia, comunicação mais frequente), seja pelo aumento das fontes de pressão (ex: prazos, complexidade das tarefas, necessidade de adaptação constante). A identidade pessoal também surge muito associada ao trabalho, motivando e trazendo satisfação individual, mas o recurso à tecnologia no trabalho enquanto força motriz do trabalho e das relações pode levar ao “lado negro” das Tecnologias de Informação e Comunicação (Riedl, Kindermann, Auinger, & Javor, 2012), ao exigir constante adaptação às tecnologias (sempre em atualização), bem como forçando o trabalhador a estar sempre conectado ao trabalho, por exemplo através do acesso ao email fora do contexto laboral (Brown, Duck & Jimmieson, 2014). Note-se que no início de Janeiro de 2017 a França legislou a autorização de o trabalhador se desconectar e não responder a emails fora do horário de trabalho<sup>1</sup>. Assiste-se, então, ao aumento do *stress* provocado por motivos laborais, o que de acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2014a), tem vindo a aumentar no mundo ocidental, com um efeito negativo na saúde e no bem-estar dos trabalhadores.

O *stress* resultante de motivos profissionais, designado como *stress* no trabalho, *stress* laboral ou *stress* ocupacional, constituiu uma preocupação decorrente do mundo industrializado, comportando as vivências de *stress* que têm lugar em contexto profissional. (Fletcher, 2006). O fenómeno do *stress* e das doenças ocupacionais tem vindo a assumir, atualmente, um papel de tal forma preocupante no mundo do trabalho, que a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA 2014a, 2016), desde há alguns anos, tem promovido campanhas de esclarecimento e sensibilização para a mudança de uma realidade que continua a perseguir os países Europeus. Segundo dados desta agência, o *stress* e as perturbações de saúde mental constituem o problema de saúde mais grave no local de trabalho para cerca de um quinto dos trabalhadores da União Europeia (EU-OSHA, 2002).

Recorde-se que já em 2000 a Comissão Europeia (European Commission, 2000) reportou que os custos associados ao *stress* no trabalho, nos 15 países constituintes, rondava os vinte milhões de euros anuais, enquanto outros estudos estimam que 50 a 60% de todas as faltas ao trabalho estão, de alguma forma, relacionadas com o *stress* em contexto laboral (EU-OSHA, 2000). Assim, as doenças ocupacionais associadas ao *stress*, como é o caso do *burnout*,

---

<sup>1</sup> 2 Janeiro 2017: <http://www.tvi24.iol.pt/internacional/emails/o-direito-de-desconetar-entra-em-vigor-na-franca>  
6 Janeiro 2017: <https://www.publico.pt/2017/01/06/economia/noticia/devemos-ter-o-direito-a-desligar-do-trabalho-governo-abre-debate-1757288>

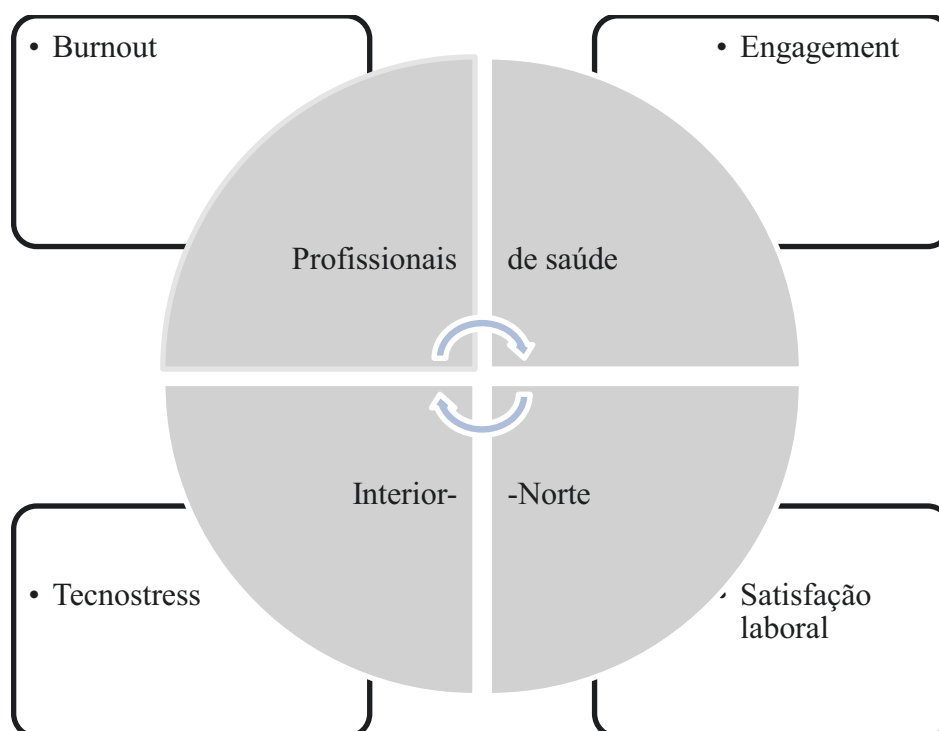
merecem uma investigação exaustiva e atenta, quer no sentido de diagnosticar o “estado da arte” no que respeita à expressividade deste fenómeno na esfera laboral, quer no sentido de aumentar o conhecimento do fenómeno para o prevenir e, se já instalado, intervencionar.

No ano de 2007/2008, iniciámos, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, um percurso na investigação sobre ansiedade e *burnout* em enfermeiras dos cuidados de saúde primários do interior-norte de Portugal (Silva, 2008), estudo este que conduzimos com o maior interesse, conscientes de que grande parte das investigações similares têm lugar nos grandes centros populacionais do litoral de Portugal (Lisboa e Porto). Os resultados obtidos no nosso estudo permitiram concluir que a síndrome de *burnout* parecia não afetar significativamente a amostra, tendo-se obtido valores sugestivos da presença de um nível médio-baixo de *burnout*, mas já alguns níveis de ansiedade e depressão elevados. Desde essa altura, constatamos que os enfermeiros se confrontam com tarefas sempre exigentes em prazos, complexidade, relacionamento com o doente, etc (Fennessey, 2016; Ninaus et al., 2015), bem como são obrigados a uma utilização crescente das TIC (ex: informatização dos processos clínicos, trocas de comunicação entre equipas, registos informatizados dos procedimentos, etc.). Mantivemos o nosso interesse nesta parte do país, por se tratar de uma zona geográfica “fértil” para investigação, e decidimos projetar um estudo alargado, no que respeita à população de profissionais a estudar, e ainda no que concerne às unidades de saúde, sendo que incluímos os centros hospitalares e não apenas as unidades de cuidados de saúde primários. Quanto às variáveis em estudo, mantivemos o *burnout* e alargámos a outras variáveis de forma a viabilizar uma caracterização mais completa do estado da saúde ocupacional dos profissionais estudados. Assim, decidimos integrar a variável *tecnostress*, que corresponde, na definição de Salanova e colaboradores (2007) a um estado psicológico negativo, associado ao uso, ou ameaça de uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC). Tal experiência traduz-se em sentimentos de ansiedade, fadiga mental, ceticismo e ineficácia. Ora, o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação, constitui hoje uma realidade à qual urge atender, na medida em que os contextos de trabalho, profundamente informatizados e tecnologizados tendem a incrementar os níveis de *stress* nos indivíduos trabalhadores (Kinman & Jones, 2005). A variável *tecnostress* parece estar ainda pouco explorada no âmbito da investigação científica em profissionais de saúde, o que atraiu a nossa atenção científica.

Por fim, tendo por objetivo integrar, nesta investigação, variáveis de estudo da psicologia positiva, optamos pelo *engagement*, emergente da Psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), e que veio contribuir para uma mudança de foco da saúde

ocupacional, tradicionalmente focada no mau-estar e na doença (Diener et al., 2002). O *engagement* no trabalho pode ser definido como estado positivo de bem-estar e preenchimento, com o trabalho, sendo caracterizado em três componentes: vigor, dedicação e absorção, geralmente correlacionadas positivamente com a satisfação no trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004). A satisfação laboral traduz a forma como os profissionais se sentem nos seus contextos de trabalho, e, tendo definições diversas, tem sido associada ao *stress* ocupacional, na medida em que indivíduos com bons níveis de satisfação laboral revelam níveis adequados de *stress* e boa capacidade de adaptação na forma como lidam com os fatores stressores (Mota-Cardoso et al., 2002). Existindo evidências empíricas de que o *stress* laboral se encontra associado ao *burnout* e ao *engagement* (Devi & Nagini, 2013; Jardim et al., 2004), surgiu o nosso interesse em perceber de que forma *burnout* e *engagement* se relacionam, tendo em conta que, de acordo com a literatura, não existe consenso quanto à natureza desta relação, tentando ainda dar continuidade a outros estudos desenvolvidos no Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP, com profissionais de saúde (Dias, 2012; Pereira, 2016). Alguns autores assumem que *burnout* e *engagement* são extremos opostos de uma mesma escala, existindo entre eles uma relação inversa (Maslach & Leiter, 1997). Outros autores, sugerem que *burnout* e *engagement* são conceitos independentes (Schaufeli et al., 2002b). Pretendemos assim, com o presente estudo, dar o nosso contributo à literatura, no âmbito deste tema especificamente, e também na relação entre as variáveis citadas (*burnout*, *engagement*, *tecnostress* e satisfação laboral), na sua expressão em profissionais de saúde do Interior-Norte de Portugal (Figura 1).

Figura 1. Esquema das variáveis em estudo e da amostra selecionada



Dando continuidade ao trabalho iniciado em 2007/08, na mesma zona do país e com profissionais de saúde, este estudo tem como objetivo geral conhecer a saúde ocupacional dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros; técnicos de diagnóstico e terapêutica, o que inclui radiologistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de análises clínicas e de saúde pública, cardiopneumologistas, técnicos de saúde ambiental; e técnicos superiores, o que inclui psicólogos clínicos, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêutica) da ULS-NE, e como objetivos específicos:

- objetivo 1 - conhecer os níveis de *burnout*, *tecnostress*, *engagement* e satisfação laboral dos profissionais de saúde inquiridos.
- objetivo 2 - verificar como variam em função de características sociodemográficas e profissionais.
- objetivo 3 - analisar as relações entre estas variáveis, nomeadamente o seu valor preditivo.

Estando o trabalho estruturado em três estudos empíricos diferentes, no formato de artigo, o estudo 1 (Capítulo V) tenta responder a estes três objetivos, para nos estudos 2 e 3 (respetivamente Capítulos VI e VII) se aprofundar o último objetivo, nomeadamente a relação entre *burnout* e *engagement*, e entre *burnout* e *tecnostress*:

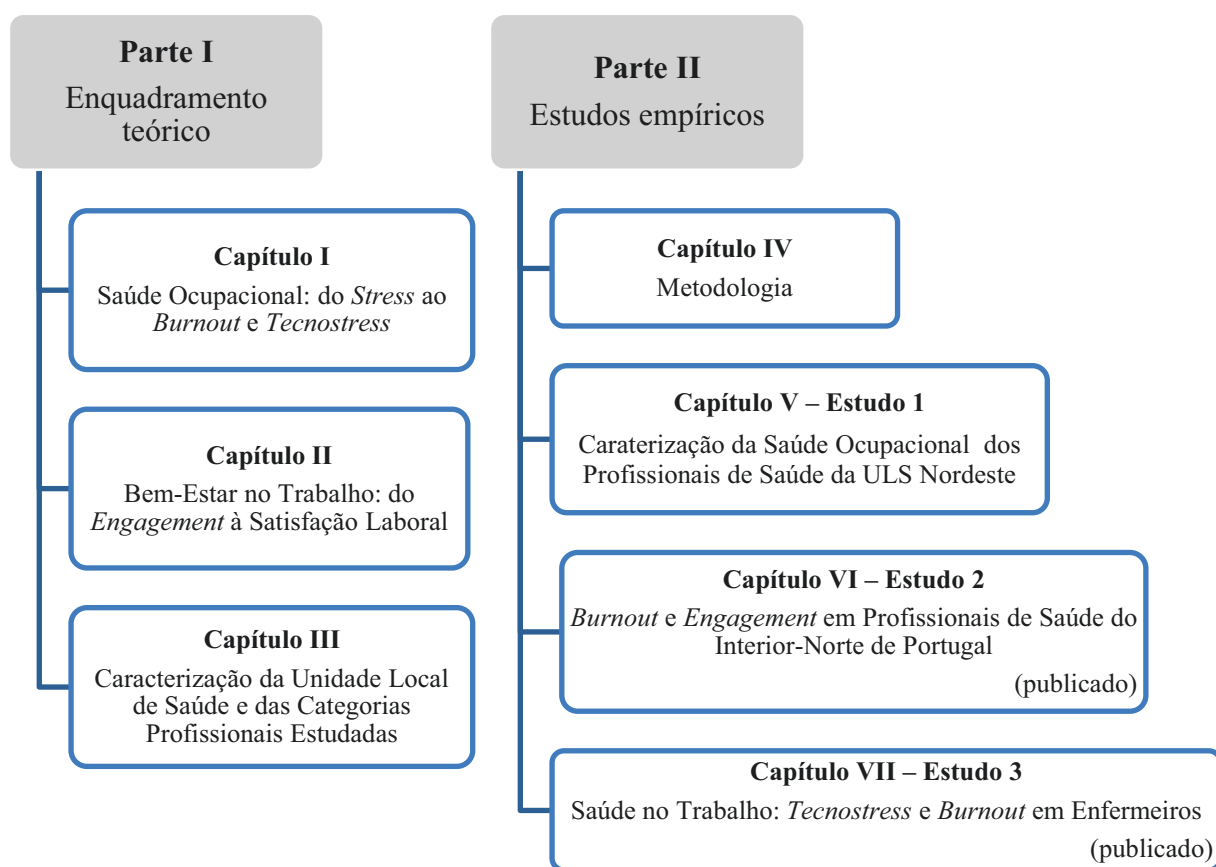


- objetivo 3a (estudo 2) - contribuir para o tema da saúde ocupacional através do conhecimento dos níveis de *engagement* e *burnout* de profissionais de saúde do interior-norte de Portugal por comparação com profissionais do litoral, bem como identificar a relação entre estas duas variáveis no sentido de verificar se constituem extremos opostos de um estado emocional contínuo.

- objetivo 3b (estudo 3) – conhecer, nos profissionais de enfermagem (categoria profissional dominante na amostra de inquiridos), os níveis de *tecnostress* e *burnout*, sua inter-relação e sua variação em função de características sociodemográficas e profissionais.

Para atingirmos estes objetivos, organizamos o trabalho (Figura 2) numa parte teórica na qual apresentamos a fundamentação dos conceitos utilizados e descrevemos os resultados obtidos em estudos empíricos com profissionais de saúde, para em seguida apresentarmos uma parte empírica, composta por vários estudos. Tendo em conta a necessidade e importância de publicar, estruturamos estes estudos na forma de artigos independentes, até porque dois deles (Capítulos VI e VII) foram já publicados. Gostaríamos de realçar que previamente à apresentação destes estudos, sentimos necessidade de apresentar a parte teórica como fundamentação genérica, para na introdução teórica de cada estudo apenas nos centrarmos em informação relevante para os dados apresentados, e sua discussão. É ainda de salientar que os estudos foram organizados numa sequência de crescendo, na qual se começa (Capítulo V) por efetuar uma caracterização geral da saúde ocupacional da amostra estudada, para em seguida (Capítulo VI) se aprofundar a relação entre *burnout* e *engagement*, terminando (Capítulo VII) com o aprofundamento da relação entre *burnout* e *tecnostress*. Por fim, apresentamos uma conclusão geral desta investigação, na qual se retomam os objetivos/ hipóteses de investigação e se refere o seu cumprimento/verificação, bem como se apontam limitações e dão sugestões de investigação futura.

Figura 2. Esquema dos capítulos da tese



**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Esta primeira parte consiste no enquadramento teórico de toda a investigação e refere-se à revisão da literatura que suportou os estudos empíricos, estando organizada em três capítulos.

No Capítulo I, introdutório, são apresentadas abordagens teóricas do *stress* e do *stress* ocupacional como conceitos prévios ao *burnout*. De seguida, apresenta-se o tema do *burnout* com alusão a definições do fenómeno e suas características, bem como os modelos explicativos mais relevantes neste domínio. Segue-se uma abordagem às causas e manifestações do *burnout* e, seguidamente, são mencionadas propostas de intervenção no *burnout* em diferentes planos. Em conformidade com a amostra utilizada nos estudos empíricos, segue-se uma revisão de estudos do *burnout*, desenvolvidos em profissionais de saúde. As Tecnologias de Informação e Comunicação são abordadas na perspectiva de melhor compreender o impacto que têm no mundo do trabalho e de que forma o *stress* resultante do uso das TIC, designado *tecnostress*, afecta os indivíduos, sendo feita uma abordagem de caracterização deste fenómeno, ainda pouco explorado no seio da comunidade científica, bem como a sua relação com o *burnout*, seguindo-se o levantamento de alguns estudos de *tecnostress* em profissionais de saúde.

O Capítulo II aborda a perspectiva do bem-estar no trabalho, incluindo os conceitos de *engagement* e satisfação laboral. Inicialmente o *engagement* é definido e contextualizado em função do estado da arte neste domínio. Seguidamente, são mencionados estudos que relacionam o *engagement* com o *burnout* e ainda estudos de *engagement* em profissionais de saúde. Integrado neste mesmo capítulo, segue-se a apresentação de definições e modelos da satisfação laboral, bem como a relação desta com o *burnout*, *engagement* e *tecnostress*. Termina-se este capítulo com uma revisão bibliográfica de estudos da satisfação laboral em profissionais de saúde.

O Capítulo III inicia-se com uma abordagem do Sistema Nacional de Saúde Português para melhor se compreender a amostra estudada (profissionais de saúde), seguindo-se a caracterização da organização alvo do nosso estudo empírico, a Unidade Local de Saúde do Nordeste, bem como a caracterização das categorias profissionais que constituem os profissionais de saúde, alvo de estudo.

**CAPÍTULO I**  
**SAÚDE OCUPACIONAL: DO *STRESS* AO *BURNOUT* E AO *TECNOSTRESS***

O fenómeno do *stress* e, particularmente, o *stress* em contexto de trabalho, tem merecido grande atenção por parte dos investigadores. Nas últimas décadas tem-se assistido a mudanças na organização do trabalho, que vieram alterar a forma como os indivíduos vivem os seus papéis enquanto trabalhadores. A tecnologização das organizações, a orientação para a produtividade e eficácia no desempenho dos papéis profissionais, aliada a modelos de trabalho, muitas vezes, burocratizados e desumanizados, parecem constituiu terreno fértil ao desenvolvimento de fenómenos de *stress* complexos tais como o *burnout* e o *tecnostress*.

### **1.1. Do *stress* ao *stress* ocupacional**

O termo *stress* deriva do latim “*stringere, stringo, strinxi, strinctum*” que significa apertar, comprimir, restringir (Houaiss et al., 2001). Ao longo dos séculos, este termo foi empregue com diferentes aplicações, dependendo dos contextos e áreas do saber, tais como a física, a engenharia e a biologia (Teixeira, 2010). Contudo, foi Selye (1976) quem o aplicou ao comportamento humano, descrevendo a síndrome do *stress* biológico diferenciada em três fases. A primeira, reação de alarme, ocorre quando o organismo se prepara para lutar. Esta fase é descrita por um aumento na actividade fisiológica e surge após a exposição do indivíduo a uma situação stressante. A segunda fase, resistência, envolve tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme. Na última fase, exaustão, o indivíduo torna-se incapaz de mostrar mais resistência, após ser exposto repetidamente a uma situação stressante, sendo que os efeitos dos estímulos, não serão necessariamente iguais em diferentes pessoas (Odgen, 2004). Selye (1980) conceptualizou ainda o *stress* em duas categorias: *eustress* e *distress*. O *eustress* corresponde a uma resposta psicológica positiva a um fator stressor e está associado à presença de estados psicológicos positivo. O *distress* corresponde a uma resposta negativa a um fator stressor, evidenciada através de estados psicológicos negativos, que podem originar prejuízo físico e/ou psicológico (Custódio et al., 2010; Nelson & Simmons, 2003). Outros autores como Cooper (1986) e Spurgeon e Harrington (1989), teóricos deste domínio, defenderam que a experiência do *stress* tem impacto negativo na saúde física e mental.

O estudo do *stress* ocupacional e dos seus riscos iniciou-se nos anos 60 com Khan e colaboradores (Quick et al., 1997), sendo alvo de vários estudos devido aos elevados custos e efeitos a nível organizacional e individual, nomeadamente perda de produtividade (Cooper et al., 2001). Este fenómeno constitui, então, um novo campo de estudo que salienta o aparecimento de doenças relacionadas com a atividade laboral, e Lazarus (1991, 1995) refere que a experiência de *stress* ocupacional ocorre normalmente quando os trabalhadores sentem que os seus recursos pessoais são escassos para lidar com as exigências da atividade laboral.

No que reporta às consequências do *stress* ocupacional, podem traduzir-se a nível físico, psicológico e/ou comportamental (Cooper et al., 2001). No que concerne à dimensão física, as somatizações mais frequentes parecem ser cefaleias, dores lombares, cervicais e dorsais, oscilações no peso, dores nos maxilares, alterações gastrointestinais (indigestão, diarreia, obstipação, úlceras gástricas), falta de ar, palpitação cardíaca e aumento da tensão arterial (Hespanhol, 2005). Na dimensão psicológica, segundo Hespanhol (2005), o *stress* ocupacional pode desencadear sintomas como insónia, depressão e ansiedade. Já no que reporta à dimensão física, este mesmo autor faz referência a manifestações tais como tiques nervosos, fadiga crónica, dificuldades na tomada de decisão, diminuição da eficiência no trabalho, negligência, aumento do consumo de substâncias como álcool e tabaco, agitação motora e dificuldade em relaxar. Estes resultados foram corroborados por Cooper (2001) que, adicionalmente fez menção a alterações do estado de humor, insatisfação profissional e aumento do risco de prevalência de doenças cardiovasculares e de perturbação psicológica e/ou psiquiátrica.

O *stress* ocupacional, em consonância com o que a literatura científica prevê, apresenta um impacto negativo quer a nível individual, quer organizacional. Cooper (2001) apontou o fraco desempenho profissional, atrasos frequentes, absentismo ao trabalho, apatia, reformas antecipadas, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, reduzido controlo da qualidade do trabalho e comportamento agressivo no trabalho, como manifestações de *stress* ocupacional, com impacto organizacional. Aceita-se (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) que quando o *stress* ocupacional é crónico pode conduzir ao fenómeno de *burnout*.

## **1.2. *Burnout***

O tema do *burnout* tem atraído a atenção de investigadores, profissionais e do público em geral, na medida em que constitui um fenómeno ao qual nenhum trabalhador parece estar completamente imune. Em reflexo disto, nas últimas décadas, muitos estudos têm sido desenvolvidos e publicados em todo mundo.

No que respeita ao conceito de *burnout* e sua evolução histórica, importa referir que Loretta Bradley, em 1969 estudou a existência de um tipo de *stress* associado ao trabalho que designou por *burnout*. Mais tarde, o psicanalista norte-americano Freudenberger (1974, p.162) pegou neste conceito e definiu-o como um “*estado de fadiga ou frustração surgido pela devoção a uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada*”. Freudenberger, no âmbito do trabalho desenvolvido com toxicodependentes, em Nova Iorque, constatou que alguns voluntários apresentavam uma

perda progressiva de energia, sintomas de ansiedade e depressão, até chegarem ao esgotamento. Tornavam-se menos sensíveis e compreensivos, desmotivados e até agressivos, em relação aos doentes, adotando um tratamento distanciado e com tendência a culpabilizá-los pelos seus próprios problemas. Associou então o *burnout* essencialmente a trabalhadores sociais e profissionais de saúde, isto é, profissões que implicam grande contacto humano.

De entre todas as definições de *burnout*, a mais consensual e difundida corresponde à de de Malach e Jackson (1981) que o definiram como síndrome psicológica que surge em resposta a stressores interpessoais crónicos, presentes no contexto de trabalho. Christina Maslach, nome incontornável da investigação neste domínio, defendeu um modelo tridimensional, que corresponde às dimensões internas desta síndrome, sendo elas: a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981). A exaustão emocional, entendida como dimensão central do *burnout*, caracteriza-se por desvitalização, fadiga e perda de energia física e psíquica. É também definida como falta de recursos emocionais, de que nada se tem para oferecer à outra pessoa, compreendendo manifestações físicas e psíquicas, em que o indivíduo, severamente afetado, sente ter chegado ao limite das suas capacidades (Maslach et al., 2001). A exaustão pode levar os trabalhadores a um distanciamento físico e emocional do trabalho e, embora constitua a dimensão central do *burnout*, Maslach e colaboradores (2001) consideram que isoladamente não traduz, nem explica, o fenómeno do *burnout* na sua totalidade, sendo necessário existir alterações nas restantes dimensões. A despersonalização (Maslach, 1982) constitui uma resposta de negativismo e de distanciamento emocional face aos destinatários dos serviços profissionais e resulta num progressivo isolamento do profissional, com manifestações de insensibilidade, desumanização e distanciamento perante os indivíduos aos quais presta cuidados. Manifesta-se por atitudes de irritabilidade, agressividade, cinismo, impaciência, intolerância, desprezo. É caracterizada por respostas insensíveis e indiferentes para com os que necessitam do seu cuidado ou serviço, tratando-os como objetos ou números, em vez de pessoas. Finalmente, a baixa realização pessoal diz respeito à perda do sentimento de competência e idoneidade profissional, desmotivação, perda de auto-estima, abandono de tarefas e do trabalho. Trata-se da perceção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, que faz com que diminuam as expectativas pessoais, implicando uma autoavaliação negativa, onde se inclui a não aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa autoestima, o que pode gerar, no indivíduo, o desejo de abandono do trabalho (Maslach, 1982). A síndrome de *burnout* apresenta significativas repercussões sociofamiliares e, desde logo, afeta os contextos organizacionais aos quais estes profissionais estão alocados, e que se traduzem em absentismo



laboral, quebra na satisfação laboral, quebra da produtividade e mudança de trabalho (Maslach et al., 2001).

Neste seguimento, também Pines e Aronson (1989, cit. in Parreira & Sousa, 2000, p.18) colocaram relevo na dimensão do envolvimento, descrevendo a síndrome como “*um estado de exaustão, emocional e mental causado por um grande período de envolvimento em situações emocionalmente exigentes*”. Já Cherniss (1980) apresentou uma definição de *burnout* segundo a qual um profissional investido no seu trabalho se desinvestiria em resposta ao *stress* e tensões sentidas. Edelwich e Brodsky (1980) caracterizaram o *burnout* como uma síndrome marcada por desilusão, perda de entusiasmo, estagnação, frustração e apatia. Perlman e Hartman (1982) propuseram uma definição de *burnout* como resposta ao *stress* emocional crónico que compreendia três dimensões: cansaço físico e emocional, diminuição da produtividade e despersonalização. Posteriormente, Pines (1993) definiu o *burnout* numa perspetiva existencial, defendendo que este estaria associado ao insucesso percebido, pelos indivíduos, na sua procura e tentativa de encontrar um significado existencial, através do trabalho. Kuremyr e colaboradores (1994) definiram o *burnout* enquanto experiência de exaustão física, emocional e mental causada pelo envolvimento, a longo prazo, em situações emocionalmente exigentes, enquanto Delbrouck (2006) trata mesmo o *burnout* como uma doença específica que poderá, em algum momento, afetar um indivíduo saudável, denominando-a, a doença da “relação de ajuda”. A evolução do conceito de *burnout* foi pouco consistente, na medida em que não foi, logo à partida, adotada uma definição padrão, tendo dado lugar ao surgimento de diferentes opiniões e definições para este mesmo fenómeno, o que parece ter bloqueado a comunicação construtiva e a definição de soluções e estratégias para esta problemática (Maslach et al., 2001).

No que comporta às manifestações sintomatológicas do *burnout* Benevides-Pereira (2002) definiu quatro dimensões de somatização: físico, comportamental, psíquico e defensivo. Fisicamente, o *burnout* pode traduzir-se nas seguintes perturbações: fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares, cefaleias ou enxaquecas; perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório e disfunções sexuais (Kitaoka-Higashiguchi et al., 2009; Melamed et al., 2006; Shirom et al., 2005). Na dimensão comportamental o *burnout* pode traduzir-se em negligência, irritabilidade, aumento da agressividade, incapacidade de relaxar, perda de iniciativa, dificuldade na aceitação das mudanças, aumento no consumo de substâncias (fármacos, álcool ou outras drogas), comportamentos de risco e suicídio (Benevides-Pereira, 2002). Na dimensão psíquica o *burnout* pode manifestar-se em sintomatologia como

dificuldades de atenção e concentração, alterações da memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, solidão, impaciência, baixa auto-estima, labilidade emocional, desânimo, disforia ou depressão (Bianchi et al., 2013). No que respeita a sintomatologia defensiva, poderá verificar-se tendência ao isolamento, perda de interesse no trabalho, absentismo, ironia ou cinismo (Benevides-Pereira, 2002).

No âmbito da avaliação do *burnout*, o instrumento pioneiro foi o *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1981), existindo um largo contributo destas autoras no estudo e divulgação deste domínio científico, quer pela ampla investigação produzida, quer pela construção de um instrumento que permitiu avaliar a síndrome de *burnout*. Criaram o MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*) para avaliação do *burnout* em profissionais cujas atividades ocupacionais se focavam na prestação de cuidados de saúde, os quais, pela natureza da atividade desenvolvida estariam vulneráveis ao desenvolvimento desta síndrome. Posteriormente, em 1986, foi desenvolvida uma versão destinada a profissionais de contextos educativos, designando-se MBI-ES (*Maslach Burnout Inventory - Educators Survey*) e mais recentemente, em 2003, em resposta à necessidade crescente de avaliação do *burnout* noutras áreas profissionais, foi desenvolvida uma versão geral do MBI, o MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory - General Survey*; Maslach, 2003). Em Portugal, o MBI-HSS tem vindo a ser amplamente utilizado, em estudos com profissionais de saúde (Parreira & Sousa, 2000; Queirós, 2005; Sá, 2002; Travado et al., 2005).

Ainda no âmbito da revisão bibliográfica efetuada sobre a avaliação da síndrome de *burnout*, Benevides-Pereira (2002) realçou outros instrumentos desenvolvidos para avaliação do *burnout*: SBS-HP, *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (Jones, 1980); JBI, *Job Burnout Inventory* (Ford, Murphy & Edwards, 1983); TAS, *Teacher Attitude Scale* (Farber, 1984); TBS, *Teacher Burnout Scale* (Seidman & Zager, 1986, 1987); BM, *Burnout Measure* (Pines & Aronson, 1988); CBB, *Cuestionario Breve del Burnout* (Moreno Jiménez, Bustos, Matallana & Miralles, 1997); CBP-R, *Cuestionario del Burnout para Profesores Revisado* (Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000); e o CDPE, *Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería* (Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000). Todos estes instrumentos podem ter modelos explicativos que diferem entre si.

### **1.2.1. Definição e modelos explicativos**

A necessidade de compreender a síndrome de *burnout* quanto à relação entre antecedentes e consequentes, bem como a necessidade em integrar este fenómeno em modelos teóricos mais gerais, de forma a explicar a etiologia dos mesmos, levou ao surgimento de

diferentes modelos teóricos, explicativos do *burnout*. Os modelos a seguir apresentados podem categorizar-se tendo em conta as teorias gerais que lhes servem de substrato teórico e conceptual, e os mais relevantes que se apoiam na teoria sociocognitiva de Albert Bandura (1989) são: modelo da competência social de Harrison (1983); modelo de Cherniss (1993); modelo de Pines (1993); modelo de autocontrolo de Thompson, Page e Cooper (1993).

Vendo com mais detalhe, o modelo da competência social de Harrison (1983) postula que grande parte dos profissionais em desempenho de funções nos serviços humanos são altamente motivados no que respeita ao trabalho, tendendo a estabelecer objetivos idealizados de trabalho e a serem altamente exigentes com eles próprios. É no confronto desta idealização do trabalho e dos valores pessoais com as condições reais do trabalho que o *burnout* pode desenvolver-se, tendo por base as perceções e sentimentos do individuo face à sua competência e eficácia. À luz deste modelo, fatores de suporte social constituem uma mais-valia, tais como qualificação profissional adequada à atividade desenvolvida e autonomia para a tomada de decisão, reduzindo-se o risco de desenvolvimento de *burnout* por reforço da perceção de competência social. Perante expectativas defraudadas e a presença de barreiras ou obstáculos organizacionais, surge a perceção, pelo individuo, de baixa competência profissional, o que desencadeia o *burnout* e condiciona o individuo na manutenção da motivação para a ajuda.

O modelo de Cherniss (1993) apoia-se nas formulações de Hall (1976) e Bandura (1989). Na perspectiva de Hall, a motivação e a satisfação aumentam quando o individuo percebe sentimentos subjectivos de êxito e realização no trabalho. Pelo contrário, quando o individuo percebe experiências de fracasso, tende a, emocionalmente, afastar-se da situação, diminuindo a sua produtividade e a surgirem sentimentos de apatia e desinteresse, podendo, no limite, abandonar o seu posto de trabalho. Baseado na formulação de Hall, Cherniss considera que as consequências de fracasso se reproduzem nos sintomas posteriormente identificados por Maslach e Jackson (1981) da síndrome de *burnout*, correspondentes a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal pelo trabalho. Cherniss considera, adicionalmente, que organizações que proporcionam desafios, autonomia, controlo, retro-alimentação dos resultados e apoio social, quer de colegas quer dos superiores, contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de êxito e desta forma ajudam a prevenir a síndrome de *burnout*. No que reporta à influência da teoria de Bandura (1989) no modelo de Cherniss (1993) esta traduz-se na relevância do conceito de auto-eficácia percebida, entendido como a crença dos indivíduos nas suas capacidades de exercício de controlo sobre as situações que os afetam. Cherniss (1993) reconhece, à auto-eficácia

percebida, um papel central no desenvolvimento do *burnout*. O modelo de Cherniss (1993) aceita o caráter tridimensional da síndrome de *burnout* não conferindo particular centralidade a nenhuma das dimensões específicas. Na perspectiva deste autor surgem, no indivíduo, sentimentos de fracasso e de perda de auto-eficácia que levam à sua retirada emocional da situação e, conseqüentemente, entra em *burnout*.

O modelo de Ayala Pines (1993) postula que a síndrome de *burnout* se desenvolve em resultado de um processo de frustração e desilusão na busca de um sentido para a vida, através do trabalho, que só ocorre em indivíduos altamente motivados e identificados com o mesmo. Na perspectiva desta autora e, à luz deste modelo, todos os indivíduos trabalhadores que não estejam motivados podem desenvolver *stress*, fadiga ou depressão mas nunca *burnout*, devido à busca de um sentido para a vida, pelo indivíduo, através do desenvolvimento de trabalho de carácter humanitário (profissões de ajuda) pelo desenvolvimento de atividades úteis e relevantes.

O modelo de autocontrolo de Thompson, Page e Cooper (1993) inspirado no modelo de autocontrolo desenvolvido por Carver e Scheier (1982) para explicar o fenómeno do *stress*, defende quatro variáveis relevantes que explicam a etiologia do *burnout*: a autoconsciência do indivíduo, a percepção do indivíduo sobre a discrepância entre as exigências das tarefas e os recursos individuais para realizá-las, as expectativas pessoais de êxito ou de fracasso e, por fim, sentimentos de autoconfiança. A primeira variável descrita, a autoconfiança, tem um papel central no desenvolvimento do *burnout* e é entendida enquanto traço de personalidade que remete para a capacidade de o indivíduo auto-regular os seus níveis de *stress* percebidos na realização de uma tarefa orientada para determinado objetivo. Estes autores defendem que níveis elevados de autoconsciência tendem a aumentar experiências de desilusão, frustração ou perda face ao trabalho. Em contrapartida, a adoção de expectativas otimistas de êxito reforçam a autoconfiança individual e o desenvolvimento da percepção, pelo indivíduo, de que apresenta capacidade de reduzir a discrepância entre as exigências do trabalho e os recursos individuais para lhes fazer face. De acordo com este modelo, a percepção da discrepância entre exigências e recursos levará à exaustão emocional, falta de confiança percebida e sentimentos de baixa realização. A despersonalização é entendida como uma atitude de retirada da situação problemática.

A segunda categoria de modelos tem por base as teorias das trocas sociais, destacando-se o modelo de comparação social de Buunk e Schaufeli (1993) e o modelo de conservação de recursos de Hobfoll e Freedy (1993). O modelo da comparação social de Buunk e Schaufeli (1993) foi desenvolvido na sequência de investigações com profissionais de enfermagem,

com o objetivo de melhor compreender a etiologia da síndrome de *burnout*, tendo por base a teoria da equidade. Os autores consideram que o *burnout* apresenta dupla etiologia que remete, por um lado, para os processos de troca social dos profissionais com os pacientes e, por outro, para processos de afiliação e comparação social com colegas. No que remete para a troca social dos profissionais com os pacientes, Buunk e Schaufeli (1993) identificaram três fatores stressores principais, para o desenvolvimento de *burnout*: a falta de clareza sobre como estes profissionais devem agir e proceder, a percepção de equidade (equilíbrio percebido entre o que os indivíduos trabalhadores dão e o que recebem) e a falta de controlo, pelos indivíduos, sobre os resultados das suas atividades laborais. No que remete para os processos de afiliação e comparação social com colegas, Buunk e Schaufeli (1993) constataram que é prática corrente profissionais de enfermagem não procurarem, face a situações stressantes, apoio social junto de colegas, pelo receio de serem conotados como incompetentes, o que boicota o suporte social do qual poderiam beneficiar. No que comporta ao processo de afiliação social, os autores alertam para o efeito do contágio de *burnout*, correspondente à adoção, pelos profissionais com maior necessidade de comparação social, de sintomas de *burnout* percebidos nos seus colegas.

O modelo de Conservação de Recursos de Hobfoll e Freedy (1993) foi originalmente concebido para explicar o desenvolvimento do *stress*. Tratando-se de uma formulação teórica de caráter motivacional, conceptualiza que o *stress* surge quando aquilo que motiva o indivíduo é frustrado. Os fatores motivadores correspondem aos recursos a que o indivíduo recorre para cumprir as suas tarefas e atividades. Os stressores laborais barram esses recursos e geram insegurança sobre a capacidade do indivíduo para alcançar o êxito laboral. Com foco nesta base teórica, os autores compreendem a etiologia do *burnout* como decorrente de exigências elevadas e recursos insuficientes para dar resposta às mesmas e fazer face à realidade imposta do trabalho. No que remete para as exigências do trabalho, os autores atribuem especial ênfase à ambiguidade e conflito de papel, sobrecarga de trabalho, eventos stressantes e pressão. Como principais recursos, Hobfoll e Freddy (1993) consideram as oportunidades de desenvolvimento profissional, controlo, participação, tomada de decisão, autonomia e suporte social. À luz do presente modelo, a síndrome de *burnout* instala-se quando falham estratégias de enfrentamento ativo, passando a prevenção pela mudança das percepções e cognições do indivíduo e pela consecução de recursos que permitam um desempenho eficaz, no trabalho.

A terceira categoria de modelos, baseados nas teorias organizacionais inclui o modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), o modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993), e o

modelo de Winnubst (1993). O modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983) teve início com a formulação teórica do modelo de fases, segundo o qual, cada uma das dimensões internas do *burnout* seria categorizada em *scores* opostos (alto e baixo) da combinação dessas categorias, e, quando aplicáveis a cada uma das dimensões internas do *burnout*, resultariam oito fases do desenvolvimento do *burnout* (Golembiewsky et al., 1983). Estes autores atribuíram um papel central à dimensão despersonalização, que ocorre como resposta aos fatores stressores laborais. Contudo, algum distanciamento profissional não é necessariamente negativo, na medida em que permite aos indivíduos manter a sua funcionalidade e não comprometer o desempenho profissional. Quando o distanciamento se agrava surge a despersonalização que, segundo os autores, compromete negativamente o relacionamento com os outros e o desempenho profissional. Golembiewsky e colaboradores (1983) consideram que instalada a despersonalização, a realização profissional e o comprometimento do indivíduo com o trabalho ficam penalizados e, desta forma, surge a exaustão emocional, como resposta à alta despersonalização e baixa realização pessoal com o trabalho. Contrariamente à formulação de Leiter e Maslach (1988), de que a exaustão emocional constitui a dimensão central do *burnout*, Golembiewsky e colaboradores (1983) atribuem esse papel central à dimensão despersonalização, surgindo a exaustão emocional como dimensão secundária e em estados já avançados do desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Algumas críticas foram apontadas a este modelo, relacionadas com a amostra de profissionais estudados por estes autores, nomeadamente profissionais da área da indústria e não profissionais de serviços humanos (Farber, 1991) bem como à metodologia implementada, especificamente no que respeita à dicotomização das fases, pela categorização de variáveis contínuas que pode levar à perda e distorção de informação, relevante na compreensão deste fenómeno (Leiter, 1993).

O modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993) tem por base a proposta conceptual de Leiter e Maslach (1988) ao qual são incorporados pressupostos do modelo transacional de *stress* de Cox e colaboradores. Etiologicamente, este modelo defende que o *burnout* surge como consequência de um episódio particular de um processo de *stress* laboral, que se caracteriza por se tratar de profissionais de serviços humanos cujas estratégias de enfrentamento de fatores stressores, por eles adotadas, resultaram ineficazes. Este modelo considera as três dimensões internas do *burnout*, assumindo a exaustão emocional como central. A dimensão despersonalização é, à luz deste modelo, entendida como estratégias de enfrentamento que surgem após o esgotamento emocional ao passo que a baixa realização profissional surge como resultado da avaliação cognitiva, pelo indivíduo, sobre a sua experiência laboral, associada ao significado do trabalho e às expectativas laborais frustradas. Cox e colaboradores

(1993) integraram neste modelo, o conceito de saúde organizacional, que corresponde à forma de ajuste, de integração e coerência dos sistemas psicossociais da organização, expressos pelas suas políticas, estrutura e procedimentos. À luz do presente modelo, a percepção dos trabalhadores sobre a saúde organizacional e suas características constituiria um antecedente aos níveis de *stress* percebidos pelos mesmos e, desta forma, afetaria a intensidade da resposta ao *stress*.

O modelo de Winnubst (1993) enfatiza a importância da estrutura, da cultura e do clima organizacional. Este autor não adota a conceptualização dominante do modelo tridimensional do *burnout* de Maslach e Jackson (1981), baseando-se na definição de Pines e Aronson (1988) segundo a qual o *burnout* é entendido enquanto sentimento de esgotamento físico, emocional e mental, resultante da tensão emocional crónica devido ao *stress* laboral. Defende que a síndrome de *burnout* ocorre em qualquer profissão e não é exclusiva das profissões de ajuda, e as principais variáveis antecedentes do *burnout* dizem respeito à estrutura, cultura e clima organizacionais bem como ao suporte social no trabalho. Segundo o autor, estruturas organizacionais burocráticas e mecânicas propiciam práticas de trabalho, rotineiras, perfeccionistas, formais e monótonas, enquanto estruturas centradas na profissionalização, embora favoreçam a criatividade e autonomia dos profissionais, tornam-se mais competitivas, geradoras de conflitos interpessoais e de disfunções no papel profissional desempenhado. No que respeita ao papel do suporte social nas organizações, remete para a percepção do indivíduo sobre a estrutura organizacional, sendo que, estruturas rígidas favorecem fluxos de comunicação formais e hierarquizados, cujo suporte social disponibilizado tende a ser de natureza instrumental e institucionalizado. Por outro lado, estruturas mais flexíveis tendem a criar maior liberdade no fluxo de comunicação, o que favorece o surgimento de formas de suporte social de natureza informal e emotiva. Winnubst (1993) atribui, ao suporte social, um papel central em qualquer proposta de intervenção na síndrome de *burnout*.

No que respeita às abordagens ao *burnout*, considerando os modelos explicativos descritos, podem ser agrupadas em quatro áreas: clínica, psicossocial, organizacional e sócio histórica (Byrne, 1999; Farber, 1991)

- abordagem clínica: a primeira abordagem deste fenómeno assumiu uma natureza clínica na medida em que este fenómeno foi entendido enquanto estado mental negativo, do indivíduo sujeito a *stress* laboral intenso (Freudenberger, 1974). A génese do *burnout* estaria em fatores individuais que explicariam o desenvolvimento desta síndrome. Farber (1991) e Fischer (1983) contribuíram para o desenvolvimento da abordagem clínica.

- abordagem psicossocial: aqui inclui-se o mais difundido e consensual modelo explicativo do *burnout*, desenvolvido por Maslach e Jackson (1981) segundo o qual esta síndrome surge como resposta a fatores stressores interpessoais presentes no contexto de trabalho. O *burnout* constitui um processo e não um estado, os fatores promotores de *burnout* não são apenas individuais, mas sobretudo fatores e características do contexto laboral e esta síndrome é um construto multidimensional operante nas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal). A exaustão emocional surge como resposta à tensão emocional crónica, gerada pelo contacto direto e excessivo com os outros, ou seja, é a natureza exigente e desgastante da relação do profissional com o outro que pode levar ao *burnout*. Um estado de *stress* emocional contínuo gera *burnout*, modificando a natureza da relação profissional-cliente, podendo o profissional adotar comportamentos de distanciamento, frieza e desumanização (Maslach, 1976). Também a abordagem de Pines (1993) ao *burnout* parece inserir-se nesta perspetiva psicossocial.

- abordagem organizacional: defende que os sintomas que constituem a síndrome seriam respostas possíveis para um trabalho frustrante e stressante, isto é, características organizacionais e seus agentes stressores levariam ao adoecimento, por *burnout*, dos trabalhadores, após estados prolongados de *stress* crónico. Os estudos de Cherniss (1980) constituíram um contributo de relevo, na medida em que o autor procurou a compreensão do fenómeno de *burnout* numa perspetiva transacional que combina e integra características do contexto de trabalho com características individuais. No que respeita a características individuais, este autor defendeu a perspetiva de que seriam os profissionais com maiores expectativas de sucesso e realização que estariam mais vulneráveis e propensos ao desenvolvimento de *burnout*. Nos planos social e organizacional, Cherniss defendeu a perspetiva de que o contexto organizacional e suas características contribui para a instalação e consolidação de culturas específicas que afetam a forma como os profissionais socializam e se sentem face à atividade profissional. Posteriormente, desenvolveu uma abordagem ao *burnout* com maior influência da teoria sócio-cognitiva, com maior aprofundamento no âmbito dos modelos explicativos do *burnout*.

- abordagem socio-histórica: Sarason (1983, in Farber, 1991) foi a principal impulsionadora desta abordagem, que defende uma visão do *burnout* como um produto complexo de características psicológicas que refletem o perfil de uma sociedade. Em oposição a outras abordagens que assumem o *burnout* enquanto fenómeno de cariz individual, Sarason considerou que este surgiria na sequência de rápidas e profundas mudanças sociais que se seguiram à segunda guerra mundial. A abordagem desta autora focalizou-se na estrutura



social e cultural dos Estados Unidos da América, no período pós-guerra, e seus efeitos na forma como os serviços humanos se reorganizaram, pois além de haver maior intervenção da estrutura governamental neste domínio, os serviços tornaram-se mais burocratizados, aumentando o distanciamento entre o profissional e os clientes. Adicionalmente, foi criada a expectativa de que os serviços humanos, com a participação de estruturas governamentais, viriam a resolver todos os problemas da sociedade, o que contribuiu para a proliferação do fenómeno do *burnout* na medida em que os profissionais apresentavam elevadas expectativas mas, em contrapartida, encontravam-se isolados e pouco autónomos no desenvolvimento de um trabalho altamente burocratizado e impessoal, Sarason (1983, in Farber, 1991). A perspectiva socio-histórica do *burnout* foca-se no papel do contexto social e seu impacto no desenvolvimento de *burnout* nos profissionais. Quando se vive numa sociedade orientada para a produtividade, para a individualização e desumanização, com elevadas exigências aos profissionais prestadores de serviços e, muitas vezes, com oferta de recursos no trabalho desproporcionais às mesmas, cria-se toda uma envolvente propícia ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Segundo esta abordagem as variáveis sócio-ambientais surgem então como precipitadoras da síndrome (Maslach et al., 2001).

### **1.2.2. Causas e manifestações**

A identificação das causas do *burnout* está dependente do modelo explicativo a considerar, embora a literatura evidencie o estudo de fatores individuais e seu impacto no desenvolvimento do *burnout*, nomeadamente, o género, idade, estado civil, número de filhos, categoria profissional e exercício de função (Maslach et al., 2001, 2008) com heterogeneidade de resultados no que respeita à relação das variáveis sociodemográficas com o *burnout*.

Analisando com maior detalhe estas variáveis, a idade parece ser a que apresenta resultados mais estáveis, com o nível de *burnout* a ser descrito como sendo superior nos indivíduos mais jovens (Benevides-Pereira, 2002; Maslach et al., 2001; Queirós, 2005), enquanto profissionais mais velhos provavelmente terão desenvolvido estratégias de *coping* que lhes permitem lidar com situações stressantes advindas do trabalho. Na perspetiva de Moore e Cooper (1996) trabalhadores com maior tempo de serviço tendem a assumir tarefas de natureza administrativa e gerencial, menos orientadas para o contacto com o público, o que pode constituir fator protetor do *burnout*. Ainda assim, estes resultados devem ser analisados com alguma reserva, uma vez que os profissionais que desenvolvem a síndrome de *burnout* no início das suas carreiras são propensos a abandonar a profissão, permanecendo os

resistentes/sobreviventes que, conseqüentemente, apresentam menores níveis de *burnout* (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzman, 1998).

No que reporta à variável gênero, não tem sido descrita como um forte preditor do *burnout* (Moreno- Jiménez, et al., 2002), embora estudos concluam maior exaustão emocional nas mulheres. A elevada exaustão emocional no sexo feminino pode também ocorrer pelo trabalho duplo profissional/doméstico (acumulação de papéis) a que a maioria está submetida (Benevides-Pereira, 2002; Maslach et al., 2001; Queirós, 2005), enquanto os homens, frequentemente, pontuam mais na despersonalização (Maslach et al., 2001).

No respeitante às habilitações académicas, alguns estudos sugerem que os indivíduos com maior nível de escolaridade tendem a apresentar níveis de *burnout* superiores (Benevides-Pereira, 2002; Maslach et al., 2001) o que poderá ser parcialmente explicado com base no facto de, indivíduos com maior nível educacional, terem acesso a cargos que implicam maiores responsabilidades, que por sua vez poderá constituir fator de *stress* e vulnerabilizar ao desenvolvimento desta síndrome (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Quanto ao estado civil, indivíduos solteiros (especialmente os homens) parecem apresentar maior propensão ao *stress* em comparação com os casados. Os solteiros parecem apresentar níveis de *burnout* ainda superiores aqueles que estão divorciados (Maslach, 2003; Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Gil Monte e Peiró (1997) defendem que, mais do que o estado civil, é a qualidade da relação e a satisfação que esta proporciona que determina a influência no *burnout*. Outros estudos não encontraram associação da variável estado civil com o *burnout* (Ahola et al., 2006; Benevides-Pereira, 2002).

A forma como os traços de personalidade do individuo influenciam o desenvolvimento do *burnout* tem também vindo a ser alvo de diversas investigações (Hallberg et al., 2007; Jackson et al., 2007; Maslach et al., 2001). Segundo Maslach e colaboradores (2001), os níveis de *burnout* são superiores em profissionais com locus de controlo externo, ao contrário dos que têm um locus de controlo interno, existindo também uma relação entre o *burnout* e baixa autoestima. Semmer (1996) defende que a presença de locus de controlo externo e estratégias de *coping* de fuga/evitamento influenciam a ocorrência da síndrome.

No que remete para as estratégias de *coping* e a forma como estas assumem um papel preventivo no desenvolvimento da síndrome de *burnout* importa referir que o *coping* é um processo essencialmente cognitivo e comportamental, em que o indivíduo tenta lidar com uma ameaça, através da avaliação dos recursos disponíveis, independentemente da sua eficácia (Lazarus & Folkman, 1984). A disponibilidade de recursos de *coping* parece assumir um papel moderador da relação entre os stressores e a exaustão emocional (Cordes &

Doughherty, 1993), e Isaksson e colaboradores (2010) defendem que o uso de estratégias de *coping* confrontativo está associado à redução da exaustão emocional.

A variável sobrecarga de trabalho, parece estar associada à síndrome de *burnout*, especificamente com a dimensão exaustão emocional (Maslach et al., 2001; Queirós, 2005). Contudo, na variável tempo de serviço, os resultados obtidos em diferentes estudos revelam heterogeneidade de resultados.

Pese embora a influência explicativa dos fatores individuais no *burnout*, os fatores organizacionais e situacionais parecem ter maior poder preditivo desta síndrome o que sugere que o *burnout* é um fenómeno de natureza social e situacional (Maslach et al., 2001). De uma forma geral, os fatores organizacionais mais relacionados com o *burnout* parecem ser: excesso de trabalho; conflito de papéis; insatisfação no trabalho e falta de suporte social (Maslach et al., 2008; Suzuki et al., 2008). No contexto laboral, a existência de papéis mal definidos ou contraditórios, o isolamento, falta de suporte social, o conflito entre a vida familiar e a vida profissional e a insegurança, estão correlacionados com uma ou várias dimensões do *burnout* (Truchot, 2004). Maslach e Leiter (1997) identificaram ainda seis possíveis fontes causadoras de *burnout*: sobrecarga de trabalho, falta de controlo, recompensas insuficientes, falta de espírito de equipa, ausência de justiça e os conflitos de valores.

### **1.2.3. Intervenções individuais e grupais**

As propostas no âmbito da prevenção e intervenção no *burnout* recomendam que se tenha como foco quer o trabalhador, quer o contexto de trabalho, com a finalidade de se desenvolver um processo de recuperação do equilíbrio entre as expectativas do individuo e as características e exigências do trabalho (Delbrouck, 2006; Maslach & Leiter, 1997; Truchot, 2004). Já Truchot (2004) menciona três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária refere-se à identificação e eliminação das fontes do problema no contexto de trabalho. A prevenção secundária assume que o *burnout* está já instalado e corresponde a intervenções destinadas a eliminar as tensões que o trabalho origina. A intervenção terciária destina-se a tratar o individuo diagnosticado com síndrome de *burnout*.

Gil-Monte (2003) defende a existência de três vertentes de enfrentamento do *burnout*, são elas: confrontação individual, suporte social e métodos organizacionais. A confrontação individual remete para a realização de atividades fora do contexto de trabalho, tais como o exercício físico e de relaxamento, que permitam reestruturar a componente física e psicológica do individuo e o desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com o *stress*. Gil-Monte 2005 refere, ainda, a manutenção da auto-estima, expectativas realistas e

moderadas face ao trabalho, pensamentos positivos e a capacidade de separação entre vida profissional e pessoal como outras estratégias que se inserem no plano individual.

O suporte social constitui uma vertente, com diferentes funções, sendo elas a escuta, suporte emocional, suporte técnico, repositores emocionais e participação na realidade social. Autores como Frassquilho, (2005) e Awa e colaboradores (2010) corroboram esta perspectiva de intervenção com os profissionais em *burnout*, defendendo a implementação de estratégias cognitivas que visem alterações de comportamento, desenvolvimento de competências sociais, treino de competências pessoais, planos de exercício físico, promoção de um estilo de vida saudável, e, relaxamento físico e mental. O suporte social cumpre, então, o objetivo de que o indivíduo se sinta escutado, reconhecido nas suas competências e capacidades profissionais, e que sejam criados novos desafios ajustados à sua realidade. Família, amigos e colegas assumem um papel de relevo neste domínio da prestação de suporte social

Os métodos organizacionais preveem a mobilização de chefias, uma vez que têm o poder de promover ambientes de trabalho positivos e, desta forma, reduzir os sentimentos de tensão entre colaboradores. Awa e colaboradores (2010) propuseram algumas medidas que remetem para a alterações de procedimentos que se verifiquem ser desadequados, tais como reestruturação de tarefas, avaliações de trabalho e supervisão orientada para a diminuição das exigências no trabalho, incremento dos níveis de controlo sobre o trabalho, participação do profissional na tomada de decisões, melhoria das condições físicas de trabalho, maiores níveis de segurança no trabalho e redução da carga horária de trabalho. Leiter e colaboradores (2011) apresentaram um programa de intervenção, testado em unidades Hospitalares, focado no aumento do trabalho em equipa (abordagem interpessoal) como ponto de partida para obtenção de um ambiente de trabalho saudável. O referido programa, denominado *civility, respect, engagement in the workforce* (CREW), baseia-se nos seguintes princípios: cortesia, respeito e compromisso no trabalho. Prevê a realização de consultas especializadas, diálogo entre os intervenientes, treino e acompanhamento, pretendendo, como resultados, a cooperação e apoio entre profissionais, ausência de interações rudes ou hostis entre colegas de trabalho e aumento do compromisso do profissional para com o trabalho.

Os planos e estratégias de intervenção no *burnout* visam, então, aumentar a satisfação do indivíduo no trabalho, bem como os desafios inerente ao mesmo. No entanto, o reconhecimento de que o *burnout* existe, constitui o primeiro passo para a elaboração dos mesmos (Valk & Oostrom, 2007).

#### 1.2.4. *Burnout* em profissionais de saúde

Trabalhar na área da saúde é um desafio exigente, na medida em que obriga a um contacto próximo com pessoas que requerem cuidados diários e por vezes contantes. Uma interação desta natureza pode gerar um grande envolvimento do profissional para com o paciente que, necessitado de apoio e em sofrimento, pode induzir um estado de elevado *stress* no profissional prestador de cuidados. Tem-se demonstrado existir um elevado risco de adoecer no âmbito da saúde ocupacional nas instituições de saúde e, em particular, nos profissionais de saúde (Holder et al., 1999), pois o *burnout* não atinge o profissional de forma individual mas todos aqueles que o rodeiam, dentro e fora da organização, tais como famílias, utentes e o próprio sistema de prestação de cuidados de saúde (Shanafelt et al., 2010). A crença de que os profissionais de saúde estão “ímmunes à doença” por serem detentores de conhecimentos específicos no campo da saúde, tem vindo a ser contrariada pelos resultados das investigações. À semelhança de outras situações de risco, o conhecimento, por si só, não parece substituir a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com o sofrimento ou a morte (McIntyre, 1994).

No que reporta aos riscos ocupacionais que envolvem os profissionais de saúde, alguns estudos mostram que, neste grupo profissional, existe risco acrescido de *stress* emocional associado ao trabalho, *burnout*, ansiedade e depressão (Lindsay et al., 2008; Thomsen et. al., 1999; Weinberg & Creed, 2000) e ainda risco de abuso de substâncias e de suicídio (Akvardar et al., 2004; Pompili et al., 2006). Contudo, as consequências do *stress* ocupacional e do *burnout*, especificamente nos profissionais de saúde, afetam o estado de saúde dos próprios, a qualidade da prestação de cuidados aos pacientes, e ainda, o bem-estar geral das organizações. Estudos apontam, como consequências do *stress* laboral, o absentismo, *turnover* ou intenção de abandono do trabalho pelos profissionais, e erros no tratamento e diagnóstico (Rogers et al., 2004; Rugulies, et. al., 2007; Williams, et. al., 2001).

Os estudos do *burnout* com profissionais de saúde surgiram pela natureza do trabalho desenvolvido, no qual são necessários os contactos diretos e constantes com outras pessoas. Estes profissionais seriam, então, os mais afetados pelo facto de adotarem uma filosofia humanista de base no seu trabalho e de, no entanto, se verem compelidos a adaptar-se ao sistema de saúde, geralmente desumanizado e despersonalizado (Abranches, Morufuse & Napoleão, 2005). Freudenberger (1974) e Maslach (1976) associaram o *burnout* essencialmente a trabalhadores sociais e profissionais de saúde, e, em corroboração com estas perspetivas, Formighieri (2003) referiu que os terapeutas têm características de personalidade em comum, como sendo a prestação de assistência a indivíduos incapacitados. Estes atributos,

desejáveis em profissionais cuidadores, criam um nível de vulnerabilidade que os torna altamente suscetíveis ao *burnout*. McIntyre (1994) refere que uma percentagem considerável de profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros apresenta reações adversas ao *stress*, o que afeta o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados. A síndrome de *burnout*, apesar de mais comum em profissionais da área médica e de enfermagem, é igualmente extensível a outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais (Demir, Ulosoy e Ulosoy, 2003; Soler, et al., 2008).

No que reporta a investigações desenvolvidas em Portugal, Silva e Gomes (2009) estudaram 155 profissionais da área de saúde a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal, concluindo que 15% destes profissionais tinham experiências significativas de *stress* e 6% experienciam problemas de exaustão emocional. Oliveira e Pereira (2012), concluíram que o trabalho por turnos pode ter repercussões diretas sobre a vida pessoal e familiar do profissional de saúde, uma vez que o número de horas semanais de trabalho e a forma como se distribuem podem conduzir a estados de *stress* crónico e *burnout*. A nível internacional, Twycross (2003) concluiu que os principais fatores precipitantes de *burnout* nos profissionais de saúde seriam: comunicação de más notícias; adaptação ao insucesso da cura médica; exposição repetida à morte de pessoas, com as quais estabelecem uma relação; envolvimento em conflitos emocionais; absorção da cólera e da mágoa expressa pelo doente e família; manutenção de um papel obscuro na equipa de cuidados; idealismo pessoal; e desafios que enfrentam quanto ao sistema de crenças pessoal.

No que se refere aos médicos, estudos têm vindo a demonstrar que o *burnout* incide principalmente nos profissionais que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento e prestação de cuidados aos outros (Hilton & Whiteford, 2010). Em 2003, a Associação Médica Canadiana verificou que 46% dos médicos Canadianos apresentavam estados avançados de *burnout*, o que foi corroborado num outro estudo, no Canadá (Blais, et al., 2010). Os médicos emergencistas parecem ser o grupo mais afetado pelo *burnout* (Goldberg et al., 1997) e Nédic e colaboradores (2010) concluíram pela forte possibilidade de mulheres médicas virem a desenvolver hipertensão e distúrbios emocionais associados ao *stress* ocupacional, potenciando o risco físico e psicológico e, consequentemente, o desenvolvimento de *burnout*. Estudos apontam para a presença de elevados níveis de *burnout* sendo que as exigências dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade presente no ambiente de trabalho, são os maiores stressores nos clínicos gerais (Frasquilho, 2005). Outra investigação realizada num hospital oncológico com uma amostra de 1016 profissionais de saúde, concluiu que a exaustão emocional é significativamente mais elevada nos médicos,

comparativamente a outros profissionais de saúde (Grunfeld et al., 2000). Estudos desenvolvidos com profissionais de saúde espanhóis, nos cuidados de saúde primários, mostram que cerca de 40% dos médicos de família sofrem de síndrome de *burnout* (Mingote et al., 2004). Em corroboração com este estudo, Ramirez e colaboradores (1995) e Shanafelt e colaboradores (2002) desenvolveram investigações independentes nas quais concluem que 40 a 60% dos médicos apresentam níveis elevados de *burnout* em qualquer fase da sua carreira.

Relativamente aos profissionais de enfermagem, são vários os autores que alertam para o facto de estes profissionais apresentarem um conjunto de problemas que, pela natureza do trabalho desenvolvido, os colocam como sendo parte de um grupo de profissões consideradas de alto risco (Demerouti et al., 2001; Tummers et al., 2003). A título ilustrativo, os fatores de *stress* mais referidos para os enfermeiros referem-se ao excesso de trabalho, ambiguidade de funções, relações interpessoais e preocupação com os pacientes (Escote et al., 2001; Parikh, Taukari, & Bhattacharya, 2004). Estudos epidemiológicos europeus concluem que o *burnout* afeta aproximadamente 25% da totalidade de enfermeiros (Demerouti et al., 2001). Apesar de se considerar que os profissionais de saúde apresentam risco elevado de desenvolvimento de *burnout* pela exigência emocional do trabalho desenvolvido, alguns estudos reportam níveis baixos de *burnout* em enfermeiros (Wang et al., 2015). Estudos apontam que determinadas especialidades da enfermagem apresentam risco acrescido de desenvolvimento de *burnout*, tais como oncologia e cuidados paliativos (Kuerer et al., 2007; Ramirez et al., 1995) e cuidados intensivos (Poncet, et al., 2007).

No que reporta a estudos portugueses, com populações de profissionais de saúde, numa investigação realizada em Portugal, no âmbito do *burnout* em profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes (Correia, 1999), verificou-se que os profissionais destes centros apresentavam um nível elevado de exaustão emocional, valores médios de despersonalização e valores altos de realização pessoal. Um estudo realizado por Parreira e Sousa (2000) com 64 enfermeiros da área de oncologia em três serviços do Centro Regional de Oncologia de Coimbra, comparou os serviços de radioterapia, cirurgia e oncologia médica, verificando existirem níveis mais altos de *burnout* no serviço de oncologia médica, com diferenças estatisticamente significativas relativamente ao serviço de cirurgia, nas dimensões exaustão emocional e despersonalização, não se encontraram diferenças significativas entre o serviço de oncologia médica e o de radioterapia na dimensão da exaustão emocional. Parreira (1998) concluiu que enfermeiros a exercerem funções em unidades de saúde com maior contacto com doentes terminais e com índices de mortalidade mais elevado, apresentavam níveis de *burnout* mais altos. Queirós (2005), numa amostra de 965 enfermeiros de todo o

país, concluiu que um em cada quatro enfermeiros apresenta *burnout* no trabalho, e 4% a 10% apresentam exaustão emocional, física e mental na sua relação afetiva com o cônjuge. Num estudo com enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) constataram que os profissionais mais novos evidenciam maior tendência para a despersonalização. Oliveira e Pereira (2012) concluíram que enfermeiros mais novos apresentavam valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização e valores mais baixos de realização profissional.

No que reporta aos profissionais da psicologia, em conformidade com o previsto na literatura, o *burnout* constitui um problema significativo nos profissionais que prestam serviço de ajuda direta a outras pessoas, sendo o caso dos profissionais de saúde em geral e dos psicólogos em particular (Rupert, Stevanovic, & Hunley, 2009). Num estudo desenvolvido por Farber (1990) com amostras de psicoterapeutas, foi encontrada uma prevalência de *burnout* na ordem dos 6%. Ackerley (1988), numa amostra de 562 Psicólogos de Saúde Mental, verificou que aproximadamente um terço da amostra apresentava níveis elevados de exaustão emocional e de despersonalização. Raquepaw e Miller (1989) concluíram que psicólogos a exercerem funções em instituições públicas apresentavam maiores níveis de *burnout* comparativamente com colegas em desempenho de funções na área da clínica privada. Estes resultados foram explicados, pelos autores, com base nas características do trabalho institucional, que comporta maior carga burocrática, maior número de reuniões de equipa, salários mais reduzidos, menor autonomia nas decisões e maior ambiguidade nas tarefas a desempenhar. Estudos realizados pela *National Association of School Psychologists* (Huebner, 1992) concluíram que 33% dos 139 psicólogos analisados apresentavam exaustão emocional, 10% manifestavam sentimentos de despersonalização e, 25%, apresentavam diminuição da realização pessoal.

No que se refere ao contexto português, Cruz, Gomes e Melo (2000) apontaram para a existência de uma percentagem assinalável de Profissionais de Psicologia portugueses, em *burnout*, especificamente, da amostra estudada, 27% pontuaram significativamente na exaustão emocional, 7% na despersonalização e 12% na realização pessoal, sugerindo que um número significativo de profissionais da psicologia, parecem apresentar *burnout*. Já anteriormente Gomes e Cruz (1999), num estudo efetuado com 439 profissionais de psicologia identificaram os seguintes fatores de *stress*: *stress* experienciado como resultado dos erros e respetivas implicações e consequências negativas, demasiado envolvimento e sobrecarga de trabalho, falta de tempo para responder de forma adequada às diferentes solicitações profissionais, falta de perspetivas de progressão na carreira, baixo salário e falta



de condições logísticas para realizarem adequadamente as suas funções. Mais tarde, Gomes e Cruz (2004) estudaram, a partir de uma amostra de 439 psicólogos membros da Associação dos Psicólogos Portugueses, as diferenças de género face a fatores stressores decorrentes da prática profissional, bem como a satisfação com a atividade profissional e as dificuldades e problemas de saúde física. Os resultados evidenciaram que as mulheres apresentavam piores resultados em praticamente todas as variáveis em análise, isto é, maiores níveis de *stress*, de *burnout*, de insatisfação profissional e piores indicadores na saúde física. Um outro estudo nacional bem mais recente (Herédia & Laneiro, 2015) recorreu a uma amostra de 84 psicólogos do setor institucional e do setor privado, tendo encontrado níveis de *burnout* baixos (nas suas três dimensões internas). Contudo, os psicólogos institucionais apresentaram níveis de *burnout* superiores aos colegas do setor privado, nomeadamente no que respeita às dimensões exaustão emocional e realização pessoal

No que respeita a estudos no âmbito do *burnout*, em técnicos de diagnóstico e terapêutica, Malagris e Fiorito (2006), concluíram que os TDT apresentam vulnerabilidade ao *stress* e ao *burnout* por fatores diversos, tais como contacto com o sofrimento alheio, falta de adesão ao tratamento por alguns pacientes, gerir o *stress* dos pacientes, seus familiares e ainda dos profissionais de saúde com que trabalham. Videira e Ventura (2008) desenvolveram, em Portugal, um estudo com técnicos de radiologia, no qual cerca de 55% dos inquiridos reportaram auto-perceção de aumento dos seus níveis de *stress* ocupacional ao longo da carreira profissional. Pais (2014) desenvolveu um estudo com fisioterapeutas da zona centro do país, no qual concluiu a prevalência de níveis moderados de *burnout*. Encontrou, ainda, os traços de personalidade neuroticismo e extroversão e a satisfação no trabalho como preditores da despersonalização. Nos profissionais de fisioterapia, os fatores mais descritos na literatura brasileira associam o *burnout* à sobrecarga do sistema músculo-esquelético, baixo salário, excesso de carga horária e trabalho por turnos (Silva, 2006).

### **1.3. Tecnologias de Informação e Comunicação no contexto de trabalho**

A tecnologia e o desenvolvimento tecnológico têm vindo a ser alvo de reflexão não só científica, mas também sociológica. Na abordagem sociológica, a tecnologia remete para a organização física da produção, para a forma como as máquinas são organizadas em contexto laboral, bem como para a divisão e organização do trabalho. Sendo as técnicas produtivas e a organização da produção, produtos sociais, interpreta-se a tecnologia enquanto processo social (Abercrombie, 2000). Também Tornatzky e Fleischer (1990) definem a tecnologia

enquanto ferramentas, dispositivos e artefactos, através dos quais as pessoas interagem com os seus ambientes, e os ampliam.

A tecnologia enquanto instrumento de trabalho e de relação com os outros trouxe vantagens diversas que respeitam ao acesso rápido e facilitado à informação, a partir de qualquer local, bem como a partilha de informações e de introspeções, em tempo útil. A World Health Organization (WHO, 2005) defende que os padrões do trabalho mudaram, parcialmente, pelo incremento do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). De facto, o poder e a versatilidade das TIC trouxeram benefícios substanciais aos indivíduos, às organizações e à sociedade em geral (Mamaghani, 2006), permitindo ao ser humano quebrar barreiras, anteriormente intransponíveis, de espaço e de tempo e assim facilitar o trabalho de diversas formas, bem como trazer benefícios económicos para as organizações, tais como maior produtividade e eficiência (Ayyagari et al., 2011).

Note-se que as TIC dizem respeito a qualquer aparelho ou dispositivo eletrónico que permite reunir, arquivar ou enviar informação (Steinmueller, 2000) e o seu uso parece comportar efeitos, positivos e negativos, nas experiências dos indivíduos em contexto de trabalho (O'Driscoll et al., 2010). Por um lado, permite aos trabalhadores a resolução mais eficaz de tarefas e problemas, maior acesso a informação, maior facilidade de comunicação entre membros da mesma organização e aumento da performance dos trabalhadores com impacto positivo na produtividade (Dewett & Jones, 2001; Morgan, Morgan, & Hall, 2000). Por outro lado, podem levar ao aumento do número de exigências bem como de expectativas de produtividade no trabalho (O'Driscoll et al., 2010), o que constitui um fator negativo com reflexo na saúde e no bem-estar dos trabalhadores (Day et al., 2010), bem como frustração e *stress* gerados pelas avarias tecnológicas (O'Driscoll et al., 2010) e pela sobrecarga de informação que interrompe a dinâmica de trabalho dos indivíduos (Jackson et al., 2003; Klausegger, Sinkovics, & Zou, 2007). Um outro aspeto negativo, remete para o facto de se transportar trabalho para contextos não laborais, pelo acesso às TIC (consulta de email de trabalho em qualquer local, bem como de documentos, bases de dados e outros materiais do contexto laboral), constituindo potencial risco no surgimento de conflito de papéis na vida do indivíduo (Boswell, & Olson-Buchanan, 2007). É também referida a perceção de falta de controlo pelos indivíduos, que pode gerar perceção de sobrecarga de tarefas e reduzido poder de decisão sobre o uso das TIC (Liu et al., 2005), aumentando a ansiedade, *stress* e frustração (Hair, Renaud, & Ramsay, 2007; O'Driscoll et al., 2010). As TIC podem ainda facilitar a compulsão para os trabalhadores se manterem “conectados” e forçados a responder, em tempo real, a tarefas relacionadas com o trabalho, presos a multitarefas e com pouco tempo para

outras atividades. Este “lado negro” do uso das tecnologias pode levar ao designado *tecnostress* (Ragu-Nathan et al., 2008; Weil & Rosen, 1997).

### **1.3.1 *Tecnostress*: caracterização do fenômeno**

Os anos noventa foram, particularmente profícuos, no mundo tecnológico, com a globalização dos telefones celulares, internet, CD-ROM, videoconferência e outros “produtos” tecnológicos (Weil & Rosen, 1997). Foi também durante este período que começaram a surgir as primeiras reações adversas à tecnologia (Hess, in van Eck, 2005), inicialmente designada por “computofobia” (Weil & Rosen, 1997) designação que evoluiu para o atual conceito de *tecnostress* (Hess, in van Eck, 2005).

O *tecnostress* constitui um tipo de *stress* associado ao uso das TIC e, muito embora a primeira definição de *tecnostress* tenha surgido nos anos 80, este fenômeno parece não ter captado a atenção de muitos investigadores, até mais recentemente, nos anos 2000 ser alvo de investigação (Brillhart, 2004; Tarafdar et al., 2005; Wang et al., 2008). Brod (1984), psicólogo clínico, pioneiro no estudo deste fenômeno, definiu-o como uma forma de doença moderna, de adaptação, resultante da falta de habilidade ou capacidade para trabalhar de modo saudável, com as novas tecnologias. Weil e Rosen (1997) vieram trazer um novo contributo ao estudo do *tecnostress*, defendendo que esta enfermidade surge como resultado da convivência cada vez maior das pessoas com as novas tecnologias, resultando num impacto negativo, direto ou indireto, no âmbito das suas atitudes, pensamentos, comportamentos e saúde. Da medicina, Arnetz e Wiholm (1997) trouxeram um contributo no estudo do *tecnostress* definindo-o como estado de excitação/ativação física e psicológica observado em indivíduos altamente dependentes da tecnologia no desempenho de funções de trabalho, e que ocorre quando os mesmos consideram os seus trabalhos estimulantes, mas sentem não ter as competências necessárias para lidarem com a tecnologia.

No âmbito deste fenômeno, a investigação científica foi apresentando novas definições do *tecnostress*. Salanova e colaboradores (2007) definiram-no como um estado psicológico negativo associado ao uso ou ameaça de uso das TIC. Tal experiência traduz-se em sentimentos de ansiedade, fadiga mental, ceticismo e ineficácia. Al-Fudail e Mellor (2008) definiram o *tecnostress* enquanto estado de tensão psicológica, física ou comportamental face a tecnostressores, ou face a tecnotensão.

No que se refere às consequências do *tecnostress*, os estudos são ainda diminutos, mas Salanova e colaboradores (2007) propuseram um modelo tridimensional segundo o qual as consequências se fariam sentir em três dimensões: afetiva, comportamental e cognitiva. Ao

nível afetivo o efeito do *tecnostress* explicar-se-ia pelo alto nível de ativação psicofisiológica do organismo, o que produz no indivíduo ansiedade e/ou fadiga, tensão e mal-estar, quando usa ou perspectiva utilizar algum tipo de tecnologia. Ao nível comportamental, o *tecnostress* estimularia um conjunto de atitudes negativas e aversivas face às TIC, impedindo o fácil contacto com aparelhos e equipamentos tecnológicos. Por último, ao nível cognitivo, os efeitos do *tecnostress* desenvolveriam no indivíduo crenças de ineficácia e outros pensamentos negativos sobre a sua capacidade e competências, no uso de tecnologias. Brod (1984) fez menção a somatizações como queixas musculares, síndrome do túnel do Carpo e dores de costas, bem como à ansiedade, tecnofobia ou computofobia. Algumas variáveis específicas foram associadas, por este autor, ao desenvolvimento de *tecnostress*, como a idade do indivíduo, a sua relação com a tecnologia, as experiências do passado, o controlo percebido no desempenho de novas tarefas e o clima organizacional. Segundo Kupersmith (1992) o primeiro sintoma que indivíduos ambivalentes, relutantes ou fóbicos à tecnologia apresentam é a ansiedade, que se pode manifestar de diferentes formas, tais como irritabilidade, cefaleias, pesadelos e resistência ao uso do computador.

Weil e Rosen (1997) e Salanova (2007) fizeram referência a manifestações do *tecnostress* nas dimensões psicofisiológica, podendo traduzir-se em distúrbios do sono, dores de cabeça, dores musculares, transtornos gastrointestinais, fadiga, frustração, culpa, irritabilidade, tristeza e depressão. Na dimensão comportamental as manifestações do *tecnostress* compreenderiam transtornos alimentares, ingestão excessiva de álcool e outras substâncias psicoativas, excitabilidade, inquietação, agressividade, impaciência ou passividade, comportamentos antissociais de isolamento e solidão. Na dimensão cognitiva traduzir-se-ia pela dificuldade na tomada de decisões, diminuição geral de atenção, diminuição da concentração, perda de eficácia e dificuldade de trabalhar em equipa. Sellberg e Susi (2014) concluíram que o *tecnostress* surge associado a problemas como fadiga e dificuldades de concentração, enquanto Brillhart (2004) e Wang e colaboradores (2008) concluíram que o *stress* associado à tecnologia provoca alguns sintomas psicossomáticos semelhantes aos provocados pelo *stress*, tais como alterações de memória, alterações do sono, cefaleias, alterações do humor, doença cardíaca e hipertensão.

Também no plano organizacional o *tecnostress* assume manifestações que se traduzem na diminuição da produtividade, aumento do absentismo, quebra de rendimento dos trabalhadores, aumento do número de acidentes de trabalho, pagamento de indemnizações e aumento dos erros de produção. De forma indireta, os custos organizacionais traduzem-se

pela falta de motivação e insatisfação no trabalho, falhas de comunicação, erros de decisão e deterioração das relações interpessoais (Day, Paquet, Scott & Hambley, 2012).

No que concerne a fatores preditores do *tecnostress*, Ragu-Nathan e colaboradores (2008) mencionaram a tecno-sobrecarga, tecno-insegurança, tecno-invasão, tecno-incerteza e tecno-complexidade. A tecno-sobrecarga reporta a situações nas quais o uso das Tecnologias de Informação e de Comunicação forçam os indivíduos a trabalhar mais e mais rápido. A sobrecarga de informação, expõe os usuários a um elevado volume de informação com a qual estes lidam e efetivamente usam, levando à fadiga de informação. A presença de alertas informáticos e de receção de e-mails, além de condicionarem o normal fluxo do trabalho, parecem contribuir para que os profissionais sintam pressão em dar resposta, em tempo real, podendo gerar estados de ansiedade e tensão, e afetar a atenção e concentração nas tarefas. As multitarefas passam a fazer parte do dia-a-dia dos profissionais, e numa tentativa de darem resposta às solicitações que o uso das TIC impõe, surge a pressão de fazer mais em menos tempo, gerando estados crónicos de tensão (Weil & Rosen, 1997).

A tecno-insegurança emerge em situações nas quais os profissionais se sentem ameaçados pela perda dos seus postos de trabalho, para outros trabalhadores detentores de maiores conhecimentos e compreensão do uso das TIC, sendo comum profissionais mais jovens estarem “equipados” de maiores competências, conforto, inclinação e entusiasmo com a utilização das TIC, o que pode provocar maior sentimento de insegurança, *stress* e tensão nos profissionais menos confortáveis neste domínio. A tecno-invasão, caracteriza-se pelo desenvolvimento de estados de *stress* e de frustração, resultantes da necessidade de os profissionais estarem sempre conectados ao mundo da informação e comunicação, estendendo o contexto de trabalho ao contexto familiar, incluindo períodos de férias. Quando não conectados, estes indivíduos tendem a sentir-se inquietos, mas ao mesmo tempo, fruto desta conectividade contínua, tendem a sentir-se escravos das tecnologias e invadidos nos seus espaços e tempos, resultando no desenvolvimento de estados de ansiedade e frustração. A tecno-incerteza refere-se a contextos nos quais as mudanças contínuas e o melhoramento das TIC não permite aos profissionais o desenvolvimento de proficiência em aplicações informáticas específicas, tornando-se, os conhecimentos dos profissionais acerca das mesmas facilmente obsoletos. Trata-se de uma corrida contra o tempo, na qual as rápidas mudanças dos programas e sistemas tecnológicos obrigam a renovação e reciclagem de conhecimentos dos indivíduos, sendo gerador de frustração e ansiedade. Por fim, a tecno-complexidade respeita a situações nas quais a complexidade associada ao uso das TIC força os profissionais a despendem de tempo e esforços a aprender e compreender o uso de novas aplicações. A

complexidade crescente das TIC, dotadas de um número crescente de aplicações e funcionalidades, tornam-se intimidatórias para os profissionais, dificultando o processo de aprendizagem o que, consequentemente, provoca *stress*.

Do ponto de vista cognitivo e comportamental, as consequências do *tecnostress* traduzem-se das seguintes formas: a tecno-complexidade traduz-se num maior esforço na compreensão e uso das TIC, a tecno-incerteza traduz-se em grandes esforços dos utilizadores para atualização frequente dos seus conhecimentos em aplicações e sistemas informáticos em rápida mudança, a tecno-sobrecarga obriga os profissionais a processar um maior volume de informação e a fazerem mais, em muito menos tempo. Estas dimensões do *tecnostress* estão associadas à sobrecarga que o uso da tecnologia imprime ao papel profissional. Já a tecno-invasão transporta o contexto de trabalho para a casa dos profissionais, na medida em que a jornada de trabalho de prolonga com o acesso a informação laboral, troca de emails de trabalho e elaboração de tarefas laborais fora do contexto tradicionalmente adequado ao efeito, tornando as fronteiras entre trabalho e família, mais flexíveis e permeáveis ao denominado conflito trabalho-família. Este corresponde a um conflito percebido, pelo indivíduo, entre as exigências do trabalho e da família, contaminando negativamente a qualidade de vida e as relações dos indivíduos. Leung e colaboradores (2017) concluíram que o conflito trabalho-família se encontra associado ao *tecnostress* de forma significativa e positiva. Por outro lado, a tecno-incerteza, associada às rápidas e frequentes mudanças tecnológicas pode provocar inconsistências entre o recente e o anterior fluxo de trabalho. A tecno-insegurança, força os profissionais a adquirirem novas competências no âmbito das tecnologias, em conflito com as previamente existentes. Estas duas últimas dimensões do *tecnostress* parecem, desta forma, associadas ao conflito de papéis.

Ao nível organizacional, Wang e colaboradores (2008) concluíram que diferentes ambientes organizacionais apresentam impactos diferenciados de *tecnostress*. No que reporta ao impacto das variáveis sociodemográficas no *tecnostress*, as mulheres, consideram as TIC de utilização menos fácil, do que os homens (Gefen & Straub, 2000). No entanto, as mulheres tendem a utilizar as TIC, quando têm de o fazer, portanto por necessidade, ao passo que os homens as utilizam quando desejam fazê-lo (Venkatesh & Morris, 2000). Contudo, outros estudos, encontraram maior *tecnostress* nos homens (Ragu-Nathan et al., 2008; Tarafdar et al., 2007; Tu et al., 2005). No que respeita ao fator idade, as conclusões não são unânimes e por exemplo Hudiberg e Necessary (1996) concluíram que profissionais mais velhos experienciam menos *tecnostress*, talvez por terem maior habilidade e maturidade para lidar com o *stress*. Contudo, outros autores (Garde et al., 2006; Tu et al., 2005) concluíram que o

*tecnostress* apresenta um incremento drástico a partir dos 35 anos, pela diminuição da capacidade de aprendizagem, com o aumento da idade. No que concerne aos fatores de personalidade e sua relação com o *tecnostress*, Krishnan (2017) concluiu que a agradabilidade, neuroticismo e abertura à experiência são preditores significativos.

Existem vários modelos conceptuais para a compreensão do *tecnostress*. O modelo do ajustamento pessoa-ambiente tem sido um dos mais amplamente utilizados no âmbito da investigação do fenómeno do *stress* (Cooper et al., 2001), baseando-se no pressuposto de que existe uma relação de equilíbrio entre as pessoas e os seus ambientes ou contextos de vida, e quando esta relação se desequilibra, surge tensão para o indivíduo. Este modelo considera fatores individuais e contextuais nas respostas ao *stress*, mas sobretudo, enfatiza a avaliação subjetiva do indivíduo sobre o meio envolvente: Isto é, o desajustamento percebido entre as características do indivíduo e o seu ambiente pode conduzir à insatisfação das necessidades pessoais ou das exigências do meio (neste caso meio laboral) o que conduziria ao surgimento de tensão. No contexto da Teoria Sociocognitiva, Bandura (1989) defende que uma das necessidades centrais dos indivíduos corresponde ao sentido de domínio e mestria nas tarefas e diligências solicitadas, o que corresponde ao conceito de auto-eficácia. A auto-eficácia com computadores refere-se à crença do indivíduo, nas suas capacidades para a utilização do computador (Compeau & Higgins, 1995). Estudos demonstraram que uma elevada auto-eficácia percebida para a utilização de computador, aumenta o recurso ao mesmo e diminui a ansiedade individual associada ao uso do computador (Compeau & Higgins, 1995; Fagan, Johnson & Marakas, 2000; Neill & Wooldridge, 2003; Thatcher & Perrewé, 2002). Shu, Tu e Wang (2011) concluíram que, em conformidade com a Teoria Sociocognitiva de Bandura (1989), a auto-eficácia com o computador se encontra negativamente associada ao *tecnostress*. Salanova, Peiró e Schaufeli (2002), demonstraram que o sentido de mestria e auto-eficácia é fundamental na habilidade dos indivíduos se ligarem à tecnologia. Por outro lado, auto-perceções de incompetência no trabalho podem contribuir para o desenvolvimento de *burnout* (Cherniss, 1993) e, desta forma, desmotivação no trabalho.

### **1.3.2. Relação com o *burnout***

A computadorização dos contextos de trabalho parece estar associada a elevados níveis de *stress* nos trabalhadores (Kinman & Jones, 2005; Korunka & Vitouch, 1999) e a relação entre *burnout* e *tecnostress* tem vindo a ser alvo de estudos por serem dois fenómenos relevantes decorrentes do *stress* e com elevado impacto individual, social e organizacional. De acordo com Harper (2000) o *tecnostress* pode levar ao *burnout* e à insegurança no trabalho. Bakker e

colaboradores (2000) concluíram existir uma relação positiva entre a insegurança no trabalho e *burnout*. Por sua vez, Weil e Rosen (1997) comprovaram existir uma relação entre as variáveis *tecnostress* e *engagement*. Oluwole (2013) utilizou uma amostra de bibliotecários de bibliotecas informatizadas, tendo por objetivo investigar em que medida os valores do trabalho, motivação, realização e *tecnostress* poderiam determinar o nível de *burnout*. Concluiu que os valores de trabalho, motivação e realização dos entrevistados apresentaram correlação negativa com o *burnout*, enquanto o *tecnostress* se correlacionou positivamente com o *burnout*. van Eck (2005) desenvolveu um estudo com profissionais e utilizadores experientes da área de informática, concluindo que o *tecnostress* estava relacionado com o aumento dos níveis de *burnout* e com a diminuição dos níveis de *engagement* com o trabalho. Salanova e Llorens (2009) concluíram que o *tecnostress* poderá conduzir a elevados níveis de *stress* e, conseqüentemente, a *burnout*, resultados corroborados por outras investigações que associaram o *tecnostress* ao aumento da sobrecarga de papéis e de conflito entre papéis, aumento da exaustão e do *burnout*, bem como o decréscimo da produtividade, satisfação com o trabalho e ainda do comprometimento organizacional (Ayyagari e colaboradores, 2011; Ragu-Nathan, et al., 2008; Tarafdar et al., 2007).

### **1.3.3. *Tecnostress* em profissionais de saúde**

A tecnologia e inovação tecnológica, na área da saúde é crescente, nomeadamente pelos equipamentos de diagnóstico e tratamento, robôs cirúrgicos, dispositivos de informação e comunicação instantânea, entre profissionais de saúde, etc. Esta tecnologia moderna, produzida pelo homem e ao serviço do homem, teve como principal vantagem a solução de problemas anteriormente insolúveis, traduzindo-se em qualidade de vida, saúde, e aumento da esperança média de vida na população geral (Paim, 2005), mudando a forma como, os profissionais de saúde providenciam cuidados aos seus pacientes e constituindo veículos de promoção da saúde (Smedley, 2005). Contudo, também contribuem para o aumento do *tecnostress* (Rosa & Carlotto, 2001; Schaufeli, Keijsers & Reis-Miranda, 1995).

Da revisão bibliográfica efetuada, os enfermeiros constituem a amostra mais investigada de profissionais de saúde no que se refere ao *tecnostress*. Diferentes investigações concluem que os enfermeiros apresentam atitudes positivas face ao uso do computador e reconhecem vantagens na utilização das TIC em contexto clínico (Hillan et al., 1998; Parish, 2000; Webster et al., 2003). Barra e colaboradores (2006) concluíram que a enfermagem no Brasil é afetada pela tecnologia na modificação quer dos cuidados prestados, quer dos recebidos. Allieux e Irurita (2004) concluíram que as interações dos profissionais de enfermagem com os



indivíduos aos quais prestam cuidados é bloqueada pela presença da tecnologia, enquanto Kiekkas e colaboradores (2006) concluíram que os profissionais de enfermagem reconhecem a importância de equipamentos tecnológicos na prática clínica, apesar de considerarem que o uso desses equipamentos pode induzir ao risco de se cometerem erros humanos, falha mecânica dos equipamentos, aumento do *stress* e limitação da autonomia. Num estudo de Bonfim (2012), com uma amostra de profissionais da medicina no qual foram estudados os procedimentos relativos ao trabalho médico, bem como funções de supervisão e análises processuais, diretamente envolvidos com a utilização das TIC, os resultados corroboraram a existência de uma forte tendência ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* e do *tecnostress* em todas as dimensões do trabalho destes profissionais.

Segundo dados da investigação, no domínio da prevenção do *tecnostress*, as organizações empregadoras e o suporte social assumem posições de relevo. Especificamente, as organizações têm um papel de relevo no que respeita à adaptação dos seus trabalhadores às TIC, pela aplicação de programas de treino e de suporte técnico, o que parece contribuir para o surgimento de um clima organizacional que facilita a adoção das TIC pelos trabalhadores, e os apoia no sentido de lidarem eficazmente com as tecnologias (Peansupap & Walker, 2006). Kim e Mauborgne (1998) corroboram esta perspetiva, defendendo que a adoção de uma abordagem colaborativa e consultiva pela gestão da organização, para com os seus trabalhadores, é mais eficaz na abordagem às preocupações e ansiedades dos mesmos acerca da implementação das novas tecnologias. O suporte e apoio dos colegas de trabalho constitui um fator promotor da aceitação e engajamento às tecnologias. Leonardi (2009) concluiu que uma comunicação eficaz dentro da organização, aliada a um ambiente organizacional de apoio e suporte, podem ter maior impacto nas atitudes e reações dos trabalhadores face às TIC do que características específicas das tecnologias.

Terminado este capítulo, sobre a evolução do *stress* até ao *burnout* e *tecnostress*, abordaremos, no capítulo seguinte, a temática do bem-estar no trabalho.

**CAPÍTULO II**  
**BEM-ESTAR NO TRABALHO: DO *ENGAGEMENT***  
**À SATISFAÇÃO LABORAL**

Durante muitas décadas, a Psicologia enquanto área do saber, focou-se na patologia e na doença mental, o que levou ao desenvolvimento de uma visão limitada e rígida do comportamento humano o que, conseqüentemente, contribuiu para a desvalorização dos recursos, qualidades e capacidades humanas enquanto promotoras do crescimento individual e do bem-estar psicológico, conforme defendidas pelo Humanismo na década de 50. O recente movimento da Psicologia Positiva veio contrariar esta tendência, colocando em foco o estudo da componente positiva da experiência humana, com o objetivo do aumento da qualidade de vida das pessoas, através do desenvolvimento de qualidades, recursos e características individuais, que promovidas e potencializadas, induzem ao crescimento e ao bem-estar psicológico (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Desta forma, compreende-se a Psicologia positiva enquanto construtora de qualidades positivas em oposição à reparação de danos (Cunha, Rego & Cunha, 2007), o que leva aos conceitos de *engagement* e de satisfação laboral, abordados neste capítulo.

## **2.1. *Engagement***

O conceito de *engagement*, emergente da Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), contribuiu para uma mudança de foco da saúde ocupacional, tradicionalmente orientada para o mau-estar e para a doença (Diener, Lucas & Oishi, 2002). Com o *engagement*, a atenção voltou-se para os aspetos positivos, promotores do bem-estar e do funcionamento ótimo do ser humano (Schaufeli & Salanova, 2007), o que, associado ao facto de serem poucos os construtos positivos do bem-estar ocupacional, induziu a que o *engagement* assumisse uma atenção crescente, neste campo da Psicologia da Saúde Ocupacional (Schaufeli & Salanova, 2007). Assim, o *engagement* no trabalho constitui um conceito ainda recente, com incidência sobre as fortalezas humanas e não tanto sobre as suas debilidades e disfunções (Rodrigues & Barroso, 2008).

### **2.1.1. Definição e contextualização do conceito**

A revisão da literatura menciona Kahn (1990, 1992) como introdutor do conceito de *engagement* no trabalho, conceptualizando-o como a expressão física, cognitiva, emocional e mental, pelos trabalhadores, no exercício dos seus papéis profissionais, o que resultaria em que trabalhadores engajados no trabalho, investiriam e dedicar-se-iam profundamente ao mesmo porque se identificam com ele. Este autor refere a existência de uma relação dinâmica e dialética, na qual o individuo investe a sua energia pessoal (física, cognitiva, emocional e mental) no seu trabalho, sendo que, por outro lado este papel profissional permite que se

expresse, enquanto pessoa, nas suas diversas dimensões. Mais tarde, Maslach e Leiter (1997) investigadores de grande relevo no domínio do *burnout*, defendem a perspetiva de que *engagement* e *burnout* estão inversamente relacionados e são extremos opostos de uma mesma escala. Assim, o envolvimento, energia e eficácia profissional que caracterizam o *engagement*, seriam opostos das três dimensões internas do *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Maslach et al., 1996). Posteriormente, Maslach e colaboradores (2001) redefiniram o *engagement* enquanto estado energético de envolvimento do indivíduo em atividades pessoais significativas que aumentam o seu sentimento de eficácia profissional, mas consideraram tratar-se de um fenómeno próprio e diferente da satisfação laboral ou compromisso com a instituição. O *engagement* compreende, por esse motivo, uma relação profunda e complexa do indivíduo com o seu trabalho (Maslach et al., 2001).

Outros autores abordaram o fenómeno, e por exemplo Rothbard (2001) definiu o *engagement* como construto motivacional de duas dimensões, que incluem a atenção (remete para a capacidade cognitiva e tempo que o indivíduo dispõe a pensar no seu papel profissional) e absorção (remete para a intensidade com que o indivíduo se foca nesse mesmo papel profissional). Schaufeli e colaboradores (Schaufeli & Bakker, 2001, 2004; Schaufeli et al., 2002b) não partilham da perspetiva de Maslach e Leiter (1997), defendendo uma conceptualização do *engagement* como compromisso direto com o trabalho e estado positivo de bem-estar e preenchimento, operacionalizado através de um estado mental positivo que se caracteriza pelo vigor, dedicação e absorção na atividade profissional. O vigor corresponde a um estado caracterizado por elevados níveis de energia e resistência mental, elevado esforço face à realização das tarefas diárias, pelo indivíduo, que fortemente investido, assume uma atitude de persistência face às dificuldades profissionais que surgem. A dedicação é um estado de grande envolvimento no trabalho, sendo experienciados o entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio, no trabalho. A absorção caracteriza-se por um estado de elevada satisfação intrínseca, concentração, sentindo-se, o profissional, feliz e completamente envolvido pelo trabalho (Bakker et al., 2007), de tal forma que sente que enquanto trabalha o tempo passa, rapidamente, sem que, no entanto, se possa considerar adicto ao trabalho ou “workaholic” (Schaufeli, Taris & van Rhenen, 2008; Shimazu & Schaufeli, 2009). A adição ao trabalho difere do *engagement* na medida em que representa um estado psicológico negativo, caracterizado por uma forma de trabalhar excessiva e compulsiva (Schaufeli et al., 2008). Estas três subescalas do *engagement* centram-se em avaliar experiências positivas, embora subjetivas, sendo assim de esperar que dedicação, absorção e vigor estejam correlacionadas positivamente entre elas (Schaufeli et al., 2002). Desta forma, o *engagement* é compreendido

como sendo mais do que um estado momentâneo e específico, tratando-se de um estado afetivo-cognitivo, persistente e consistente que não está focado num objeto em particular, num evento, num indivíduo ou num comportamento (Schaufeli, Bakker & Salanova, 2006).

Importa ainda mencionar que o *engagement* no trabalho não deve ser confundido com outros construtos da Psicologia com os quais apresenta alguma relação, tais como compromisso organizacional, satisfação no trabalho ou ainda o envolvimento no trabalho (Maslach et al., 2001). O compromisso organizacional remete para a lealdade do trabalhador relativamente à organização onde se encontra, enquanto a satisfação no trabalho remete para uma fonte de realização e de contentamento, ou uma forma de libertação perante situações potenciadoras de aborrecimento e de insatisfação, não se debruçando sobre a relação do sujeito com o seu trabalho. Por fim, o envolvimento no trabalho é semelhante à dimensão da dedicação do *engagement*, mas não inclui as dimensões de vigor e de absorção.

No que remete para os modelos teóricos do *engagement*, influenciado pelos modelos psicológicos dominantes do trabalho, surge o modelo das exigências e recursos no trabalho JD-R (Demerouti et al., 2001). Estudos empíricos no domínio do *engagement* no trabalho têm vindo a adotar, maioritariamente, como enquadramento teórico este modelo, que inclui dois conjuntos específicos de condições de trabalho: exigências e recursos do trabalho, constituindo-se como preditores do bem-estar do trabalhador, independentemente do grupo ocupacional (Hakanen & Roodt, 2010), estando também associados às teorias do *design* do trabalho e do *stress* no trabalho (Bakker, 2014). Este modelo defende que todas as organizações, independentemente das suas especificidades, possuem características que podem ser agrupadas nestas duas categorias (Demerouti et al., 2001).

A categoria das exigências corresponde a aspetos do trabalho que implicam dispêndio de esforço e energia ao trabalhador, tornando-se problemáticas se ocorrerem de forma intensa (elevado número de exigências) e continuada ou repetida no tempo, o que impede o indivíduo de se restabelecer, podendo conduzir a um estado de exaustão crónica (Schaufeli et al., 2011). Correspondem a atributos que, excedida a capacidade adaptativa do trabalhador, lhe geram tensão, incluindo atributos de diferentes naturezas como características físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais do trabalho que requerem, da parte do trabalhador, investimento e mobilização de competências (físicas e/ou psicológicas) podendo ter custos (fisiológicos ou psicológicos) para o mesmo. Constituem exemplos de exigências do trabalho a sobrecarga de trabalho, o conflito função/papel, a ambiguidade da função, a insegurança e elevadas exigências emocionais (Hakanen & Roodt, 2010; Pinto & Chambel, 2008). Estas exigências podem tornar-se fatores stressores do trabalho caso os níveis de esforço dos indivíduos

provoquem um aumento dos custos para estes, custos que se podem traduzir em depressão, ansiedade e *burnout* (Schaufeli & Bakker, 2004).

Os recursos do trabalho correspondem a condições do trabalho que proporcionam meios aos trabalhadores e dizem respeito a aspetos físicos, sociais ou organizacionais que ajudam o indivíduo a lidar com as exigências laborais. Permitem aos trabalhadores atingirem os seus objetivos, reduzir as exigências do trabalho e os custos a elas associados e estimulam a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e profissional. Ao nível da organização, remetem para atributos como a remuneração, oportunidades de carreira e segurança no trabalho. Nas relações interpessoais e sociais, incluem-se, enquanto recursos, o suporte de chefias e colegas, e a perceção subjetiva da existência de um bom ambiente de trabalho. Na categoria da organização do trabalho, constituem recursos, a atribuição de funções claras e a participação dos trabalhadores na tomada de decisão. Quanto à tarefa, constituem recursos a variedade de competências do trabalhador, significado da tarefa, feedback sobre o desempenho e autonomia (Hakanen & Roodt, 2010; Pinto & Chambel, 2008). A variedade de competências, feedback e oportunidades de desenvolvimento aos trabalhadores constituem também recursos do trabalho (Bakker & Demerouti, 2008; Halbesleben, 2010). O modelo JD-R tem como pressuposto que melhores recursos, através do processo de motivação positiva, podem promover o *engagement* no trabalho (Hakanen & Roodt, 2010). Bakker e Demerouti (2007) concluíram que os recursos do trabalho não só promovem o bem-estar, como também protegem a saúde psicológica e física dos trabalhadores.

O modelo das exigências e recursos no trabalho (JD-R), integra também o impacto das características e recursos individuais no *engagement*, características tais como a auto-eficácia, autoestima, otimismo e resiliência face ao *stress* (Hakanen & Roodt, 2010). Profissionais providos de bons recursos pessoais tendem a ser tenazes, persistentes e orientados para crenças de sucesso futuro no trabalho (Sweetman & Luthans, 2010). Este modelo pressupõe que as exigências e os recursos do trabalho estão negativamente correlacionadas, e que elevadas exigências e baixos recursos podem levar ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, enquanto elevados recursos do trabalho, quer combinados com elevadas exigências, quer com baixas exigências tendem a potenciar o *engagement* e a motivação no trabalho (Hakanen & Roodt, 2010), constituindo um processo motivacional, que tem como consequências o aumento do vigor, dedicação e absorção nos trabalhadores (Bakker & Demerouti, 2007, 2008). Segundo o modelo JD-R, a categoria das exigências no trabalho podem conduzir a um processo de perturbação da saúde do indivíduo, por exaustão dos

recursos materiais e físicos, que consequentemente pode originar outros problemas de saúde, nomeadamente *burnout*.

No que respeita aos benefícios do *engagement* no trabalho e sua relação com indicadores de saúde física e mental, por se tratar de um constructo intra-individual, o *engagement* exerce primeiramente impacto ao nível individual, nomeadamente nas atitudes, intenções e comportamentos dos indivíduos (Saks, 2006). Dados empíricos diversos vêm corroborar esta perspetiva, na medida em que apontam para a existência de uma relação positiva entre o *engagement* e indicadores do estado de saúde individual. Shirom (2010) concluiu existir uma relação positiva entre *engagement* e o estado de saúde percebido pelo sujeito, e entre *engagement* e o funcionamento do sistema imunitário, verificando-se que marcadores biológicos inflamatórios decrescem em trabalhadores engajados no trabalho. Outros estudos associam o *engagement* a bons indicadores de saúde mental, nomeadamente baixos níveis de depressão, de *stress* e de queixas psicossomáticas (Demerouti et al., 2001; Schaufelli & Bakker, 2004), menor ansiedade, maior satisfação com a vida e maior bem-estar mental (Hakanen & Schaufeli, 2012; Innstrand et al., 2012; Kanste, 2011). Trabalhadores engajados nos seus trabalhos, tendem a experienciar mais emoções positivas, incluindo felicidade, entusiasmo e um melhor estado de saúde física e mental (Bakker et al., 2008). Sonnentag e colaboradores (2012) explicaram a relação positiva entre *engagement* e indicadores de saúde individual com base no facto de estes trabalhadores tenderem a ser mais participativos em atividades de lazer que promovem o relaxamento e o distanciamento psicológico do trabalho, como desporto, exercício físico, atividades sociais e passatempos.

No que respeita ao impacto do *engagement* na dimensão organizacional, investigações apontam o *engagement* no trabalho como positivamente associado à produtividade (Harter et al., 2002) e a benefícios financeiros, pelas organizações (Xanthopoulou et al., 2009). Revisões sistemáticas e meta-análises demonstram que a disponibilidade de recursos no trabalho e os recursos pessoais do trabalhador são determinantes no que respeita ao *engagement* Bakker (2014). Recursos do trabalho como suporte social de colegas e supervisores, feedback de desempenho, variedade de competências, autonomia e oportunidades de aprendizagem, têm vindo a ser consistente e positivamente associadas ao *engagement* no trabalho (Bakker & Demerouti, 2008). Atitudes positivas para com o trabalho como satisfação e envolvimento profissionais, comprometimento com a organização e baixa tendência à mudança de trabalho, parecem estar positivamente associadas ao *engagement* (Hallberg & Schaufelli, 2006; Schaufelli & Bakker, 2004), bem como a confiança na instituição/organização na qual o indivíduo trabalha (Gillis, 2003), comportamentos organizacionais positivos como novos

conhecimentos e autoiniciativa (Sonnentag, 2003), trabalhar horas extraordinárias (Salanova, Agut, & Peiró, 2005), comportamento pró-ativo (Salanova et al., 2003) e forte identificação com o trabalho (Bakker et al., 2008).

Bakker e Demerouti (2008) sistematizaram, em quatro grupos, as principais vantagens do *engagement*: trabalhadores engajados no trabalho experienciam mais emoções positivas, o que contribui para um maior desejo de explorar, de assimilar novas informações e experiências de crescimento; apresentam um melhor estado de saúde física e mental; potencializam e aumentam seus próprios recursos, dado que o *engagement* se reflete na existência de mais recursos pessoais como o otimismo e a autoeficácia, bem como recursos laborais como a autonomia e o apoio social; por fim, trabalhadores engajados influenciam os colegas através da comunicação das suas atitudes positivas, o que se reflete na melhoria do desempenho em equipa. Conclui-se, desta forma, que o *engagement* constitui uma vantagem competitiva para as organizações, além de ser muito benéfico na saúde e bem-estar dos indivíduos.

No que respeita ao estudo dos fatores individuais de personalidade e seu contributo para a melhor compreensão deste fenómeno, importa mencionar que a personalidade pode ser definida enquanto padrão constante de traços, tendências ou características que tornam estável o comportamento de um indivíduo (Arshadi & Danesh, 2013). A afetividade positiva, que inclui a extroversão, atenção, entusiasmo, inspiração, orgulho, determinação, energia e dinamismo, apresenta impacto positivo no *engagement* na medida em que predispõem os trabalhadores a um envolvimento positivo com o trabalho, tendendo estes a um maior engajamento com as suas atividades profissionais (Schaufeli & Bakker, 2010). Surge também fortemente associada ao *engagement* na medida em que melhora a capacidade dos indivíduos na conversão da intenção em ação e a identificar metas adequadas, apoiando o processo de ação dirigida a objetivos (Kazén et al., 2008). Langelaan e colaboradores (2006) concluíram que o *engagement* no trabalho estava relacionado com níveis elevados de extroversão (que se caracteriza por sociabilidade, assertividade e energia) e níveis baixos de neuroticismo (traço de personalidade que vulnerabiliza os indivíduos ao desenvolvimento de emoções negativas). Kim e colaboradores (2009) e Zaidi e colaboradores (2013) correlacionaram positivamente conscienciosidade e *engagement* no trabalho. A personalidade de tipo A caracteriza-se por um padrão de comportamento ambicioso, competitivo, impaciente e hostil (Friedman & Rosenman, 1974) e as dimensões impaciência e irritabilidade foram negativamente associadas com o *engagement* no trabalho (Hallberg et al., 2007). Bakker e colaboradores (2008)



associaram o *engagement* a características individuais de personalidade, tais como resiliência, auto-eficácia, otimista, autoestima e estratégias ativas de *coping*.

No respeitante ao efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais no *engagement*, quanto ao papel do género e seu impacto no *engagement*, refira-se que, em estudos com amostras australianas, canadianas e francesas não foram encontradas diferenças significativas entre géneros. Contudo, em amostras belgas, alemãs, finlandesas e norueguesas, os resultados apontaram para a presença de maior *engagement* no género masculino (Schaufeli, Bakker & Salanova, 2006). Quanto à variável tempo de serviço, diversos estudos concluíram existir uma associação positiva entre esta variável e o *engagement* (Bamford et al., 2013; Palmer et al., 2010; Rivera et al., 2011), isto é, quanto maior o tempo de serviço maior a tendência do indivíduo a se manifestar engajado no trabalho. No que respeita ao turno de trabalho e seu impacto no *engagement*, os estudos não são conclusivos, sendo que, de acordo com Ferguson e Dawson (2012) importa ter em conta as diferenças existentes entre os horários de início de turno, número de dias de trabalho e de descanso, além do tipo de turnos previstos (diurno, vespertino ou noturno), bem como o padrão do trabalho, o papel do trabalhador e tipo do trabalho e organização, pois o que pode ser benéfico para uma dada organização pode não apresentar nenhum benefício para outra, dependendo do tipo de atividade.

### **2.1.2. Relação com o *burnout***

Como referido anteriormente, a relação entre os construtos de *engagement* e *burnout* tem vindo a ser alvo de investigação teórica e empírica, não sendo unânime a perspetiva dos investigadores, pois prevalecem duas escolas ou perspetivas do pensamento. A primeira, de Maslach e Leiter (1997), assume que *engagement* e *burnout* constituem dois polos opostos de uma relação contínua de bem-estar no trabalho, na qual o *burnout* corresponde ao polo negativo, e o *engagement* corresponde ao polo positivo. O *burnout* surge quando o indivíduo, anteriormente engajado no seu trabalho, vive um processo de erosão associado a fatores diversos no qual a energia se transforma em exaustão, a participação em cinismo e a eficácia em ineficácia. Recentemente, Leiter e Maslach (2016) sugeriram a existência de cinco perfis latentes do *burnout*, em função da forma como este contínuo *burnout-engagement* é manifestado pelos sujeitos. O perfil *burnout* implicaria valores altos na exaustão emocional e despersonalização, enquanto o perfil *engagement* corresponderia a valores baixos nas dimensões do *burnout*. Já os perfis sobre esgotado, desengajado e ineficaz aplicam-se a pontuações altas apenas e respetivamente, para cada um dos perfis, na exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. Não obstante, esta escola de pensamento evidenciou algumas

limitações conceituais e empíricas na medida em que, indivíduos que não se encontram em *burnout* não estão necessariamente engajados nos seus trabalhos, isto é, não é expectável que estes dois conceitos (*burnout* e *engagement*) se apresentem correlacionados negativamente de uma forma perfeita. As fragilidades desta perspetiva conduziram ao surgimento de uma outra escola de pensamento, da *Occupational Health Psychology Unit Utrecht University* na qual *burnout* e *engagement* são definidos enquanto conceitos distintos, embora fortemente associados, que merecem ser avaliados de forma independente (Schaufeli et al., 2001). Esta perspetiva oferece primazia à avaliação da força de associação entre *engagement* e *burnout* uma vez que instrumentos diferentes avaliam ambos, independentemente, sendo possível incluir os dois construtos numa mesma análise, e ainda perceber de que forma o *engagement* se relaciona com outros conceitos e dimensões adjacentes ao mundo organizacional e do trabalho (Bakker & Bal, 2010; Bakker et al., 2008). Schaufeli e Bakker (2003) operacionalizaram o conceito de *engagement* no trabalho, com recurso ao questionário por eles elaborado, o *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), instrumento mais utilizado no âmbito da avaliação do *engagement* (Bakker et al., 2008). Estudos empíricos no domínio da relação entre *burnout* e *engagement*, com recurso a diferentes amostras profissionais, têm concluído a existência de uma correlação negativa, entre estas variáveis. A literatura sugere que os profissionais com menor exaustão e despersonalização apresentam-se mais vigorosos, dedicados e absorvidos no trabalho (Maslach & Leiter, 1999; Salanova et al., 2000; Steinberg, 2017), uma vez que se apresentam comprometidos para e com os seus trabalhos.

### **2.1.3. *Engagement* em profissionais de saúde**

Muitos estudos têm vindo a ser, nos últimos anos, desenvolvidos com profissionais de saúde, com foco, sobretudo, nos aspetos negativos do trabalho e da saúde ocupacional (Jenkins & Elliot, 2004). Os profissionais de saúde, e particularmente os médicos, no âmbito do exercício profissional têm de lidar com uma série de exigências no trabalho, como pressão de tempo, ambiguidade de papéis, e relações conflituosas com colegas e familiares dos pacientes (Tanner et al., 2015). Além disso, e não menos importante, dados da investigação revelam que a perceção dos médicos sobre as exigências e recursos do trabalho, afetam não apenas a sua saúde e bem-estar como também a qualidade dos cuidados de saúde que prestam aos seus pacientes (Williams et al., 2007). Estudos desenvolvidos com cirurgiões (Mache et al., 2013) concluíram existir uma relação positiva entre altos níveis de *engagement* e um bom estado de saúde, especificamente no que respeita a indicadores de abstenção ao trabalho por motivo de doença e maior capacidade e habilidade para o trabalho. Hamilton e colaboradores

(2008) concluíram, no caso dos médicos, que, quando engajados com a instituição onde se encontram e, caso detenham considerável amplitude de autonomia na tomada de decisões, poderão ver potenciados os seus desempenhos profissionais, e havendo um desempenho organizacional bom, existirão níveis elevados de engajamento para com a instituição e para com o seu trabalho.

Um estudo de Prins e colaboradores (2010), com recurso a uma amostra de 2115 médicos, concluiu a presença de elevados níveis de *engagement* com o trabalho. Foram reportadas diferenças de género, com os homens a apresentarem maiores níveis de *engagement*, especificamente na dimensão do vigor. Diferenças significativas foram ainda encontradas ao nível da absorção no trabalho, sendo os profissionais com menos anos de serviço os que apresentaram valores mais altos, verificou-se que médicos da área da saúde mental apresentaram maior exaustão emocional, e médicos da área de reabilitação apresentaram-se menos engajados com o trabalho. Os médicos da área da cirurgia pontuaram significativamente mais no *engagement* no trabalho, apresentando maiores níveis de vigor, dedicação e absorção, comparativamente com os restantes colegas, especialistas noutras áreas médicas. Diversos estudos têm vindo a demonstrar que a especialidade médica constitui uma variável reguladora dos níveis de *engagement* e de *burnout* (Prins et al., 2007, 2010; Shanafelt et al., 2012), pois faz variar os níveis de exigência no trabalho e latitudes de decisão e pressões sentidas.

Goodman e Schorling (2012) num estudo desenvolvido com 93 profissionais de saúde (médicos de várias especialidade, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) procuraram analisar o impacto de uma intervenção *mindfulness* (técnica de meditação) no *stress*, *burnout* e *engagement* destes profissionais. Ao longo de oito semanas foi implementado um curso cujos conteúdos, essencialmente práticos, versaram sobre as práticas do *mindfulness*. Os resultados mostraram que os valores do *burnout* diminuíram significativamente, quando comparados com os obtidos previamente à implementação do curso, quer para os médicos, quer para os restantes profissionais, tendo, cumulativamente, aumentado os valores de *engagement*, nos grupos profissionais referidos.

No que reporta a profissionais de enfermagem, várias investigações têm vindo a ser levadas a cabo e os conceitos de *burnout* e de *engagement* encontram-se negativamente correlacionados (Maslach & Leiter, 2008; Salanova et al., 2000; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2002a, 2002b; Schaufeli & Salanova, 2007). Sawatzky e Enns (2012) no âmbito de estudos desenvolvidos com amostras de enfermeiros, concluíram que o *engagement* no trabalho contribui para o decréscimo dos níveis de *burnout* nos mesmos, isto é, o

*engagement* constitui um fator protetor ao desenvolvimento do *burnout*. Um estudo de Van Bogaert e colaboradores (2013), com 357 enfermeiros, investigou a relação entre os aspetos do ambiente de trabalho e da prática de enfermagem com o *engagement* no trabalho. Constataram que ambientes de trabalho favoráveis estavam associados com as dimensões do *engagement* e este estava associado com a satisfação laboral, com a intenção de prosseguir na profissão e com diversas variáveis de cuidados, associadas à prática de enfermagem.

No respeitante a variáveis profissionais, vários autores concluíram que a autonomia, e especificamente, a perceção de controlo sobre o trabalho, constituem um preditor significativo do *engagement* em enfermeiros, quer de forma direta (Laschinger et al., 2012), quer indiretamente (Laschinger, 2010). Variáveis respeitantes ao papel profissional e identidade profissional, como respeito pela profissão (Wu, 2010), paixão pela enfermagem (Rivera et al., 2011) e interesse pela enfermagem (Wu, 2010) apresentam uma relação positiva e estatisticamente significativa com o *engagement*. No que respeita a variáveis psicológicas, o *empowerment* (Wang & Liu, 2013) e a auto-superação (Palmer et al., 2010) parecem constituir preditores significativos do *engagement*. Variáveis de natureza relacional, a confiança nos gestores e chefias (Wong et al., 2010) e a inteligência social (Walker & Campbell, 2013) constituem fatores preditores do *engagement* em enfermeiros. No âmbito das características e exigências do trabalho, Sawatzky e Enns (2012) concluíram que o trabalho por turnos apresenta uma relação negativa com o *engagement*. No que se refere ao efeito do meio geográfico no qual os profissionais de enfermagem desempenham funções, estudos apontam para a existência de uma relação positiva entre o meio rural e o *engagement* (Cadiz, 2010; Sawatzky & Enns, 2012).

## **2.2. Satisfação laboral**

A satisfação laboral é referida na literatura como uma das áreas mais discutidas no âmbito do comportamento organizacional (Spector, 1997; Zhu, 2013), sobretudo no que se refere às suas consequências individuais, na saúde trabalhadores, sendo associada ao *stress* ocupacional na medida em que indivíduos com bons níveis de satisfação laboral revelam níveis adequados de *stress* e boa capacidade de adaptação na forma como lidam com os fatores stressores (Mota-Cardoso et al., 2002; Schneider & Vaught, 1993). Muitas são as definições propostas para o conceito de satisfação laboral, o que levou à necessidade de as agrupar, em função da perspetiva dominante na qual se inserem, adicionalmente, são diversos os estudos que a relacionam com as variáveis *burnout*, *tecnostress* e *engagement*.

### **2.2.1. Definições e modelos**

A satisfação laboral, também designada como satisfação profissional, ou satisfação com ou no trabalho, é um conceito chave no mundo organizacional, por se considerar ser condição essencial para melhorar o mundo das organizações e do trabalho, através da definição de estratégias e condutas que aumentem a satisfação no trabalho dos funcionários, e obter melhores resultados no que respeita a criatividade, empenho e produtividade (Castro et al., 2011). Corresponde, na perspetiva de Weiss (2002) a um julgamento avaliativo, pelo individuo trabalhador, sobre o posto ou situação de trabalho. Historicamente, este conceito emerge da organização científica do trabalho, de Taylor, perspetiva segundo a qual a gestão do trabalho deveria assegurar o máximo de produtividade, com cooperação entre operários e gestores, o que conduziria à satisfação com o trabalho (Vieira, 2005). Locke (1976) definiu a satisfação no trabalho como estado emocional positivo de perceção subjetiva das experiências laborais do individuo, tendo referido que a satisfação no trabalho tem consequências individuais e organizacionais, afetando aspetos comportamentais bem como o estado de saúde, física e mental do trabalhador. Warr e colaboradores (1979) definiram a satisfação no trabalho enquanto extensão sobre a qual os indivíduos se sentem satisfeitos com o mesmo.

A satisfação no trabalho pode assumir uma dimensão afetiva ou cognitiva conforme se baseie na avaliação emocional do trabalho ou numa avaliação lógica e racional das condições, das oportunidades ou dos resultados do trabalho (Ferreira et al., 2001; Organ & Near, 1985). Para Harris (1989), a satisfação no trabalho corresponde a um sentimento que resulta da satisfação total com o mesmo, pelo individuo trabalhador. Na perspetiva de Cavanagh (1992) a satisfação profissional constitui uma atitude positiva do individuo relativamente ao trabalho, ou a perceção, pelo mesmo, de que o trabalho satisfaz as suas expetativas. Fraser (1996) define a satisfação no trabalho enquanto estado pessoal, subjetivo, dinâmico e constantemente modificável por condições intrínsecas e extrínsecas do trabalho e do trabalhador. Greenberg e Baron (1997) definiram a satisfação laboral como uma reação individual, cognitiva e avaliativa perante o trabalho. Peiró (1997) definiu-a como uma atitude generalizada em relação ao trabalho, distribuído em fatores relativamente estáveis e consistentes. Os mais usuais são a satisfação intrínseca, a satisfação com a supervisão, a satisfação com a organização, a satisfação com as condições de trabalho (físicas e psíquicas), satisfação com as recompensas e a satisfação com o reconhecimento, através do feedback verbal. Chiavenato (1994) descreve a satisfação no trabalho como resultado da motivação cíclica, o que significa que perante um desequilíbrio interno pela ação de um estímulo ou incentivo, gera-se uma necessidade que vai conduzir o individuo ao desenvolvimento de um comportamento que visa

satisfazer essa mesma necessidade, voltando a restabelecer-se o equilíbrio anterior. Lima e colaboradores (1988) defendem que a satisfação laboral é um construto que representa um estado emocional positivo e traduz uma resposta individual, emocional, afetiva e gratificante que resulta da situação laboral positiva. Leal e colaboradores (1999) definiram a satisfação laboral como orientação afetiva experimentada pelo indivíduo trabalhador, quer quanto ao trabalho executado, quer no que respeita às consequências do mesmo. Pode assumir valores positivos ou negativos, os quais representariam os seus extremos, e pode ainda ser apresentada como multidimensional, uma vez que se pode referir a um sentimento global, ou a sentimentos referentes a aspetos específicos do trabalho. Tamayo (2000) definiu a satisfação laboral enquanto variável multifatorial, constituída por dimensões como supervisão, oportunidades de promoção, condições de trabalho, estabilidade no trabalho, salário, qualidade do relacionamento com colegas e oportunidades de desenvolvimento pessoal, entre outras. Tsigilis e colaboradores (2004) definiram-na como estado emocional agradável ou positivo resultante da experiência profissional ou da avaliação do emprego, o que inclui, entre outros aspetos, a remuneração, condições de trabalho, perspectivas de promoção, segurança no trabalho e relacionamentos interpessoais em contexto laboral (Warr, 2002). Por fim, Melnyk (2006) definiu a satisfação com o trabalho como atitude positiva ou negativa que um trabalhador tem sobre o trabalho em si, o supervisor, o trabalho de grupo, a organização empregadora e a vida.

Após esta retrospectiva histórica das principais definições do conceito de satisfação laboral, importa agora introduzir a abordagem ao desenvolvimento dos modelos de satisfação laboral, seu enquadramento socio-histórico e principais contributos para a investigação empírica. Assim, no início do século vinte, instalou-se, nos Estados Unidos da América, o modelo Taylorista, que contemplava a gestão científica do trabalho, orientada para o aumento da produtividade das empresas. Os trabalhadores eram vistos como máquinas, desprovidos de iniciativa, vontade ou criatividade, negligenciando-se o fator humano e consequentemente as necessidades dos trabalhadores. Como consequência, o absentismo, rotatividade e desmotivação dos trabalhadores, bem como as implicações no respeitante à saúde física e mental dos mesmos, constituiu terreno fértil para a queda do modelo Taylorista. Consequentemente, assistiu-se à valorização do fator humano nas organizações e o conceito de satisfação no trabalho ganhou relevo neste domínio. Elton Mayo, autor importante da escola das relações humanas, desenvolveu, nos anos 30, estudos que concluíram a importância das relações sociais no mundo do trabalho e no impacto das mesmas no que respeita à dinâmica da satisfação dos trabalhadores nos seus postos de trabalho. Grupos de trabalho

coesos, relações positivas com a hierarquia e boa supervisão, constituíam fatores decisivos na atitude dos indivíduos face ao trabalho, em detrimento da dimensão financeira (Pina e Cunha et al., 2004). A mudança de foco no sentido da valorização dos fatores psicossociais do mundo laboral trouxe um contributo inestimável ao desenvolvimento de investigações sobre a satisfação no trabalho e sua relação com o ambiente organizacional e saúde dos trabalhadores (Marqueze & Moreno, 2005). Em consequência da valorização progressiva da satisfação no trabalho, enquanto conceito central, quer no domínio organizacional quer individual, pelas consequências na saúde dos indivíduos, têm vindo a desenvolver-se teorias diversas que podem ser categorizadas em dois grandes grupos: teorias do conteúdo e teorias processuais.

As teorias do conteúdo, nas quais nos iremos focar, particularmente, por assumirem como objeto de estudo o ser humano, as suas necessidades e relação com a satisfação em contexto de trabalho (Míguez, 1987) incluem vários autores. Por exemplo, a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow (desenvolvida nos anos 50) caracteriza-se por identificar cinco categorias de necessidades básicas do ser humano, organizadas hierarquicamente (fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de autorealização), sendo que o indivíduo se orienta para a satisfação da necessidade seguinte apenas quando a inferior é satisfeita (Dias, 2009). Pese embora os contributos que a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow trouxe na compreensão da natureza das necessidades humanas e na forma como estas se encontram organizadas, foi alvo de críticas, por carecer de validação empírica e apresentar um carácter demasiado mecanicista (Vieira, 2005). A teoria dos fatores motivadores e higiénicos de Herzberg, Mausner e Snyderman (in Dias, 2009) conceptualiza que as causas da satisfação no trabalho são diferentes das causas da insatisfação, e categoriza os fatores em duas categorias: fatores internos ou motivadores (responsáveis pela satisfação no trabalho, como sucesso, promoção, reconhecimento e responsabilidade) e fatores externos, de ambiente ou de higiene, responsáveis pela insatisfação no trabalho (tais como supervisão, relações interpessoais, condições de trabalho, políticas da empresa e salário). O principal contributo desta teoria é a identificação das condições que poderão motivar os indivíduos trabalhadores, não descuidando da importância da própria tarefa e do seu conteúdo como fonte motivacional. A teoria dos motivos de McClelland (in Seco, 2002), inserida no grupo de teorias de conteúdo, conceptualiza a existência de três necessidades fundamentais à compreensão da satisfação com o trabalho: necessidade de realização, enquanto desejo de querer ser excelente, esforçando-se e empenhando-se para ser bem-sucedido; necessidade de poder, enquanto desejo de influenciar e controlar o comportamento dos outros; necessidade de

afiliação, enquanto desejo de pertença e de estabelecimento de relações interpessoais próximas.

No que reporta às teorias processuais, o foco é colocado na interação entre necessidades, valores e expectativas dos indivíduos e as características do trabalho, tais como remuneração, segurança e condições de trabalho. Um dos principais contributos destas teorias é a compreensão de que as motivações variam no plano individual, isto é, diferentes indivíduos podem apresentar diferentes motivações que, por sua vez tendem a variar, em função do tempo e das circunstâncias. Não sendo possível abordar todas as teorias respeitantes a esta categoria, destaca-se por exemplo a teoria das expectativas de Vroom, desenvolvida em 1964, a qual defende que a motivação depende de objetivos individuais e do contexto de trabalho em que o indivíduo está inserido. Centra-se em cinco conceitos, sendo eles: os resultados – características e aspetos que a organização proporciona ao trabalhador como contrapartida pelo seu trabalho; valência – remete para a ligação entre objetivo a ser atingido e o grau de relevância que este objetivo tem para o indivíduo; instrumentalidade – corresponde à perceção do individuo relativamente ao grau de relação entre o desempenho e o resultado obtido; expectativa – corresponde ao que indivíduo acredita ser capaz de fazer; força - constitui o grau de esforço ou de tensão intrínseca, do individuo, com capacidade de o motivar. Perspetiva que o individuo se motiva e esforça quando prevê que, no contexto organizacional, será reconhecido pelo seu trabalho e desta forma bem avaliado no seu desempenho, o que lhe permitirá alcançar recompensas tais como, aumento de salário, promoções e acesso a cargos de maior interesse para o mesmo.

A teoria da equidade (Adams, 1965) sugere que os indivíduos são motivados por um desejo de justiça no que respeita às recompensas recebidas, estando presente o efeito comparativo, isto é, o sujeito compara-se com outros no que respeita à obtenção das recompensas. Evidencia a relação dos resultados para os esforços empreendidos em relação à razão percebida pelos demais, existindo assim a equidade. Quando da relação entre esforços e recompensas resulta um sentimento de desigualdade, ocorre a iniquidade, podendo esta ser negativa quando o trabalhador recebe menos que os outros, e positiva, quando o trabalhador recebe mais que os outros. A equidade apresenta um carácter profundamente subjetivo, isto é, o que para um individuo pode parecer justo, pode a outro não parecer.

No que remete para a teoria do reforço, de Skinner (1953), o mesmo concluiu que as ações com consequências positivas sobre o indivíduo leva a que as práticas tendam a ser repetidas, no futuro, ao passo que comportamentos punidos, tendem a ser eliminados. As consequências são positivas sempre que o individuo sente prazer com a sua própria



performance. Segundo esta teoria, o comportamento humano pode ser influenciado e controlado através do reforço (recompensa) dos comportamentos desejados. A teoria da discrepância, de Locke, tem como pressuposto basilar que a satisfação no trabalho resulta da compatibilidade e congruência entre os valores e as necessidades individuais e os valores que podem ser alcançados através do trabalho (Ferreira et al., 2001). Locke (1976) referiu três elementos fundamentais que reportam ao processo de discrepância: satisfação com as dimensões do trabalho - avaliação subjetiva e afetiva das várias dimensões do trabalho, do ponto de vista do indivíduo trabalhador; descrição das dimensões – correspondente a percepções isentas de afetos, de natureza objetiva, e que se focalizam em experiências relacionadas com as especificidades do trabalho; relevância das dimensões - importância que têm para o trabalhador, competindo ao indivíduo a avaliação da importância de cada uma das características da função que desempenha para o seu grau de satisfação. A teoria fundamenta-se na discrepância e na importância das dimensões do trabalho em resultado da avaliação objetiva e subjetiva de cada trabalhador relativamente às várias dimensões do trabalho. (Pereira, 2005).

A designada escola do desenvolvimento, em finais da década de 50, veio demonstrar que a satisfação dos profissionais depende não só de fatores externos ao sujeito, como também da sua personalidade (Vieira, 2005). Herold, House e Shane (1996, in Judge, Heller & Mount, 2002), referiram que nas últimas décadas muitos estudos têm sido realizados com o intuito de provar que a satisfação no trabalho está, em parte, determinada pela personalidade do sujeito. Uma das teorias mais exploradas neste domínio é a da afetividade positiva e afetividade negativa do temperamento (Judge et al., 2002), que defende que a natureza da afetividade individual (positiva ou negativa) influencia as emoções, que por sua vez se correlacionam com a satisfação no trabalho. Indivíduos com elevada afetividade positiva tendem a experienciar mais emoções positivas, e indivíduos que registam níveis elevados de afetividade negativa experimentam emoções negativas. A correlação da teoria da afetividade com a satisfação no trabalho é moderadamente positiva para a afetividade positiva e moderadamente negativa para a afetividade negativa.

Tratando-se a satisfação no trabalho, de um fenómeno complexo e subjetivo, para o qual não pode ser apontada uma única causa, mas sim uma multiplicidade de causas de diferentes naturezas levou a que diferentes autores tenham vindo a explorar o papel de alguns fatores específicos e seus impactos na satisfação laboral, por exemplo, Martinez e colaboradores (2004) apontam três grupos influenciadores da satisfação no trabalho: diferenças na personalidade, diferenças no ambiente de trabalho e diferenças nos valores atribuídos ao

trabalho. Segundo Cunha e colaboradores (2006) as variáveis intervenientes na satisfação laboral, podem ser categorizadas em causas pessoais e causas organizacionais. Dentro da categoria das causas pessoais encontram-se os fatores individuais e fatores demográficos. Os fatores individuais remetem para características que determinam moderadamente a resposta do indivíduo ao contexto de trabalho e alguns autores têm vindo a destacar fatores de personalidade, que remete para características estruturais dos indivíduos que influenciam a forma como estes vivenciam o trabalho, e sua associação estatística com a satisfação laboral (Ghazzawi, 2010) sendo o caso do locus de controlo interno, que apresenta uma correlação positiva, e significativa, com a satisfação laboral, segundo Spector (1997). Dados da investigação de Judge e colaboradores (2002) correlacionaram positivamente indicadores da afetividade positiva como a extroversão e conscienciosidade com a satisfação laboral, enquanto o neuroticismo apresentaria uma correlação negativa com a satisfação laboral. No que reporta ao efeito das variáveis demográficas, a idade e o género parecem ser as mais amplamente estudadas, sendo que, trabalhadores mais jovens parecem encontrar-se menos satisfeitos, comparativamente com colegas mais velhos (Francês, 1980; Santos, 2005), talvez por trabalhadores mais jovens ocuparem, frequentemente, cargos de menor responsabilidade bem como posições hierárquicas mais baixas dentro das organizações (Clark, 1996). No que remete para a variável género, os estudos não são conclusivos na medida em que algumas investigações sugerem que as mulheres apresentam níveis de satisfação no trabalho inferiores aos homens, ao passo que noutras investigações o contrário é concluído (Clark, 1996).

Na opinião de Maia (2012) a satisfação no trabalho tem-se destacado como um dos principais temas de estudo na atualidade, devido ao crescente interesse das instituições em reter e valorizar o capital humano. No que concerne às causas organizacionais, as mais frequentes envolvem fatores como salário, perspectivas de evolução na carreira, tipo de chefia, colegas, condições físicas do trabalho. O salário pode ser considerado como um dos principais determinantes da satisfação organizacional (Honeywell-Johnson & Dickinson, 1999). No domínio das consequências da satisfação laboral, estas manifestam-se em dois planos: individual e organizacional. As consequências individuais da satisfação laboral são diversas, podendo traduzir-se num melhor estado de saúde mental e menor tendência ao desenvolvimento de queixas somáticas (O'Driscoll & Beehr, 2000). A segurança no trabalho foi também apontada como determinante da satisfação laboral (Hackman & Lawler, 1971) e baixos índices de satisfação no trabalho surgem associados a uma maior incidência de lesões por esforços repetidos (Gazzotti & Codo, 2002). Como consequências organizacionais da insatisfação do indivíduo no trabalho, Martinez (2002), mencionou o absentismo,

rotatividade, queda da produtividade e greves. Fischer e Locke (in Seo et al., 2004) apontaram a existência de uma associação entre a insatisfação profissional e comportamentos organizacionais como despedimento, absentismo e comprometimento organizacional. Também Lawler e Porter (1967 in Neves, 1998) apontaram para a existência de fortes correlações negativas da satisfação no trabalho com o absentismo e intenção de abandono do emprego.

Muito embora a satisfação laboral constitua um dos construtos mais investigados no âmbito organizacional, pela complexidade de definições e perspectivas teóricas, a avaliação deste construto tem constituído uma dificuldade na medida em que carece de padrões metodológicos no domínio da investigação (Sutton & Staw, 1995), e utilizam-se questionários sem modelos teóricos que os sustentem (Bussing et al., 1999) surgindo, como consequência, a dificuldade em comparar resultados de estudos com bases conceptuais diversas e que, portanto, eventualmente avaliam diferentes fatores (Martins & Santos, 2006).

Numa revisão sistemática, Saane e colaboradores (2003) analisaram a fiabilidade e validade dos instrumentos utilizados em 35 estudos, desenvolvidos maioritariamente com amostras de profissionais de enfermagem, para avaliar a satisfação no trabalho, tendo os seguintes instrumentos cumprido critérios de fiabilidade e validade: Job in General Scale (JIG), Andrew and Withey Job Satisfaction Questionnaire, Job Satisfaction Survey (JSS), Emergency Physician Job Satisfaction Instrument (EPJS), McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS), Measure of Job Satisfaction (MJS) e Nurse Satisfaction Scale (NSS).

Suportado num dos modelos teóricos da satisfação no trabalho, mais aceites e divulgados, o de Locke (1976,1984), foi desenvolvido, por Meliá e Peiró (1989), o QSL-23 (Questionário de Satisfação Laboral), que avalia cinco fatores gerais de satisfação no trabalho: satisfação com a supervisão, satisfação com o ambiente físico do trabalho, satisfação com os benefícios e políticas organizacionais, satisfação intrínseca do trabalho e satisfação com a participação. Este instrumento, traduzido da versão espanhola para português por Pocinho e Garcia (2008), apresenta bom critério de consistência interna e tem vindo a ser utilizado por diferentes autores portugueses para estudo da satisfação laboral (Dias, 2012; Ferreira et. al., 2010; Vieira, 2016).

### **2.2.2. Relação com *burnout*, *engagement* e *tecnostress***

No que reporta à relação da satisfação com o trabalho e *stress* ocupacional, Henne e Locke (1985) concluíram que a insatisfação no trabalho conduz ao *stress*. Por sua vez, Blegen (1993) descreveu como potencial efeito negativo do *stress* ocupacional, na saúde e no bem-

estar dos profissionais de saúde, a baixa satisfação profissional. Jardim e colaboradores (2004) concluíram existir uma relação entre satisfação no trabalho e síndrome de *burnout*, com menção à insatisfação no trabalho como preditora do *burnout*. Maslach (2006) encontrou evidências de que indivíduos em *burnout* tendem a encontrar-se insatisfeitos com o trabalho, apresentando altos níveis de absentismo, diminuição do interesse e dedicação ao trabalho e aumento de conflitos laborais com utentes, colegas de trabalho e supervisores, levando à diminuição da qualidade de vida laboral. Gabel-Shemueli e colaboradores (2016) concluíram que o *burnout* representa um mediador da relação entre a sobrecarga de trabalho e a intenção de abandono do emprego (*turnover*). Gomes e colaboradores (2009), no âmbito de um estudo desenvolvido com profissionais de saúde dos contextos hospitalar e dos cuidados de saúde primários, concluíram que o *stress* apresentava maior capacidade preditiva da exaustão emocional, saúde física e satisfação profissional. Outras investigações concluem em sentidos distintos, sendo o caso de Devi e Nagini (2013), que concluíram que o *burnout* apresenta uma relação negativa e fraca com a satisfação no trabalho.

A satisfação no trabalho e *engagement* diferem, fundamentalmente, na medida em que o *engagement* apresenta uma conotação de ativação (entusiasmo, excitação e euforia) enquanto a satisfação no trabalho remete para um estado de saciedade que se traduz em calma, serenidade e contentamento. No que reporta à relação entre o *engagement* e a satisfação laboral, Abraham (2002) defendeu a existência de uma relação positiva entre ambos, tendo em consideração que a satisfação laboral é uma variável que antecede o *engagement* no trabalho. Salanova e colaboradores (2000), com amostras de profissionais espanhóis, concluíram existirem correlações positivas entre as dimensões do *engagement* e a satisfação no trabalho. Outros autores têm vindo a concluir no mesmo sentido, tais como Salanova, Agut e Peiró (2005), que verificaram uma associação positiva do *engagement* com variáveis como satisfação no trabalho, desempenho, e compromisso organizacional. Experiências e emoções positivas do *engagement* no trabalho tendem a facilitar comportamentos vantajosos tais como uma maior ligação à organização (*commitment*), satisfação no trabalho, maior desempenho e menor propensão à demissão (Alarcon & Edwards, 2011). Também Gupta e colaboradores (2016) relevaram o impacto positivo do suporte organizacional percebido pelos profissionais, no incremento do *engagement* no trabalho.

De acordo com Shepard (1977), apenas nos anos sessenta o impacto da tecnologia em contexto de trabalho na satisfação laboral dos trabalhadores passou a ser objeto de estudo, mas com reduzida expressividade até aos anos oitenta. Em 1983, Form e McMillen conduziram um estudo no qual concluíram existir uma relação positiva entre a introdução de

tecnologia em contexto de trabalho e a satisfação laboral dos trabalhadores. Smith e colaboradores (1981) concluíram a existência de uma relação negativa, isto é, a utilização das TIC conduziria à insatisfação laboral. Estudos desenvolvidos por diferentes autores associaram o *tecnostress* ao decréscimo da produtividade, da satisfação com o trabalho, e do comprometimento organizacional (Ayyagari et al., 2011; Day, Paquet, Scott & Hambley, 2012; Ragu-Nathan, et al., 2008; Tarafdar et al., 2007).

### **2.2.3. Satisfação laboral em profissionais de saúde**

Em Portugal, a avaliação da satisfação dos profissionais de saúde apresenta enquadramento legal na lei de bases da saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), na qual é referida a satisfação profissional enquanto critério de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde, a par com a satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos, numa ótica de custos-benefícios. Como tal, o tema da satisfação laboral tem vindo a despertar o interesse de profissionais de saúde e de investigadores das mais diferentes áreas (Martinez & Paraguay, 2003) e no que reporta a estudos desenvolvidos neste âmbito, refira-se que Elovainio e colaboradores (2000) concluíram, em estudos desenvolvidos com profissionais de saúde Finlandeses, que o controlo sobre o trabalho é responsável pela maioria das variações na satisfação no trabalho, quer dentro da organização, quer no plano individual, bem como, que a satisfação no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores estão estatisticamente associados, e que existiria uma relação positiva entre aspetos psicossociais específicos do ambiente de trabalho e aspetos da personalidade. Kavanaugh e colaboradores (2006) concluíram que profissionais de saúde com maior experiência profissional e mais tempo de serviço apresentam maior satisfação profissional, e que a satisfação profissional oscila ao longo dos anos de profissão, culminando num nível de satisfação significativamente superior em profissionais com quinze ou mais anos de serviço.

Aiken e colaboradores (2001) realizaram um estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros, envolvendo diferentes países, e verificaram que à exceção da Alemanha, uma grande proporção dos enfermeiros estava insatisfeita com o seu trabalho. Foram encontrados elevados níveis de insatisfação no trabalho entre os enfermeiros, comparativamente com outros grupos profissionais e cerca de 40% dos enfermeiros a trabalhar nos hospitais dos Estados Unidos da América estavam insatisfeitos com o trabalho. Os autores encontraram níveis mais elevados de insatisfação com o trabalho nos Estados Unidos (41%), Escócia (38%), Inglaterra (36%), Canadá (33%) e Alemanha (17%).

A revisão da literatura, permite-nos identificar alguns estudos da satisfação laboral em profissionais de saúde Portugueses e segundo Hespanhol (2000), em Portugal o primeiro estudo publicado sobre satisfação profissional em médicos de família realizou-se no Centro de Saúde da Amadora, no ano de 1989, com recurso à aplicação de um questionário de auto-preenchimento. Santos (2011) desenvolveu um estudo, com recurso a uma amostra de 206 profissionais, tendo concluído que estes profissionais se encontravam geralmente satisfeitos, embora com alguns indicadores de insatisfação nas dimensões condições de trabalho e saúde, remuneração e segurança no emprego. Tavares (2008) desenvolveu, no Hospital de Coimbra, um estudo com profissionais de imagiologia (médicos e técnicos de radiologia) tendo concluído que os médicos constituíam o grupo mais satisfeito na que respeita à qualidade do local de trabalho. No que respeita a resultados para a qualidade dos serviços na prestação de cuidados, médicos e técnicos de radiologia pontuaram de forma significativamente positiva, e no respeitante ao efeito das variáveis sociodemográficas, para o género, os homens apresentaram-se mais satisfeitos com a qualidade do hospital, com a qualidade dos serviços de prestação de cuidados e ainda com a melhoria contínua da qualidade. Graça (1999) concluiu, num estudo com profissionais dos cuidados de saúde primários, que os médicos apresentavam um grau de satisfação mais elevado, comparativamente com enfermeiros e pessoal administrativo, nos domínios da remuneração, realização pessoal e profissional e ainda condições de trabalho e de saúde. Gomes (2014) desenvolveu um estudo comparativo, com profissionais de saúde da área médica e de enfermagem, nos contextos hospitalar e de cuidados de saúde primários, e os resultados apontaram para maiores níveis de insatisfação pessoal e profissional em enfermeiros, comparativamente com os médicos.

Especificamente em profissionais de enfermagem têm, no nosso país, vindo a ser implementadas diferentes investigações. Em 2003, Martins concluiu que o nível de satisfação geral dos enfermeiros era satisfatório, tendo verificado que este grupo profissional, em exercício de funções no contexto hospitalar, se encontrava mais satisfeito comparativamente com os colegas no desempenho de funções em contexto de centro de saúde, e que o funcionamento do serviço, o tipo de trabalho realizado e a organização do serviço constituíam os fatores que mais influenciavam a satisfação destes profissionais. Ferreira (2011), num estudo desenvolvido com uma amostra de 388 profissionais de enfermagem em desempenho de funções nos cuidados de saúde primários, concluiu que a satisfação profissional estava fortemente associada a algumas variáveis sociodemográficas e profissionais como a natureza do vínculo contratual de trabalho, tempo de serviço e idade. Silva (2012) no domínio da investigação da satisfação profissional em enfermeiros da área de reabilitação, constatou que

quanto menor o tempo de serviço, maior a insatisfação profissional global, resultados corroborados e alargados a outros grupos de profissionais de saúde, por Azevedo (2012).

Ainda no respeitante a profissionais de enfermagem, Moura (2012) concluiu a existência de uma associação positiva entre indivíduos casados e a satisfação profissional. Em contraponto, Pereira (2010), no âmbito da investigação com profissionais de saúde em desempenho de funções no Centro Hospitalar do Nordeste, referiu que embora as diferenças encontradas não sejam estatisticamente significativas, os profissionais solteiros apresentavam maior satisfação no trabalho. Castro e colaboradores (2011) numa investigação com enfermeiros dos cuidados de saúde primários do Norte de Portugal, concluíram que profissionais do sexo masculino apresentaram maior satisfação no trabalho e que enfermeiros com contrato a termo certo apresentaram um grau de insatisfação superior aos colegas com contrato por tempo indeterminado. Ribeiro (2014) estudou profissionais de enfermagem a prestarem funções nos cuidados de saúde primários, e concluiu existirem resultados indicadores de insatisfação com o trabalho associados à pressão e exigência das tarefas desempenhadas, bem como à falta de recompensas associadas ao trabalho.

Relativamente ao grau de satisfação profissional dos psicólogos, Gomes (1998) concluiu que 30% dos psicólogos estudados não estavam satisfeitos com a sua situação atual. No que respeita a técnicos de diagnóstico e terapêutica, os estudos realizados no âmbito da satisfação laboral são escassos, mas Probst e Griffiths (2009), num estudo qualitativo com técnicos de diagnóstico e terapêutica ingleses, concluíram que a satisfação profissional era influenciada pelo plano de trabalho (autonomia e responsabilidade), pelo relacionamento com chefias e pelas políticas da organização, e que os profissionais evidenciavam insatisfação face à desigualdade de promoção e de oportunidades de desenvolvimento profissional. Um estudo português de Pereira (2010), com técnicos de diagnóstico e terapêutica em desempenho de funções no Centro Hospitalar Cova da Beira, na Covilhã, concluiu que cerca de 60% estavam satisfeitos no trabalho, e que os principais fatores associados à satisfação profissional eram o relacionamento com a chefia, natureza do trabalho, ambiente organizacional e responsabilidade. No que respeita a fatores associados à insatisfação, foram mencionados o excesso de trabalho e a equidade.

Tendo-se abordado o bem-estar no trabalho, expresso através do *engagement* e satisfação laboral, segue-se o Capítulo III, que contempla a caracterização da Unidade Local de Saúde do Nordeste e os respetivos grupos profissionais em estudo.

**CAPÍTULO III**  
**CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE E DAS**  
**CATEGORIAS PROFISSIONAIS ESTUDADAS**



A organização dos serviços de saúde sofreu, ao longo dos tempos, influências de diferentes naturezas (económica, social e religiosa, entre outras), de forma a dar resposta aos problemas de saúde identificados, além de promover a saúde das populações. Neste capítulo apresenta-se uma descrição breve da história do Sistema Nacional de Saúde Português, seguindo para a caracterização específica da instituição alvo da nossa investigação, a Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E, terminando, com a caracterização das carreiras profissionais em que se incluem os profissionais de saúde estudados na Parte II (Estudos Empíricos) desta tese.

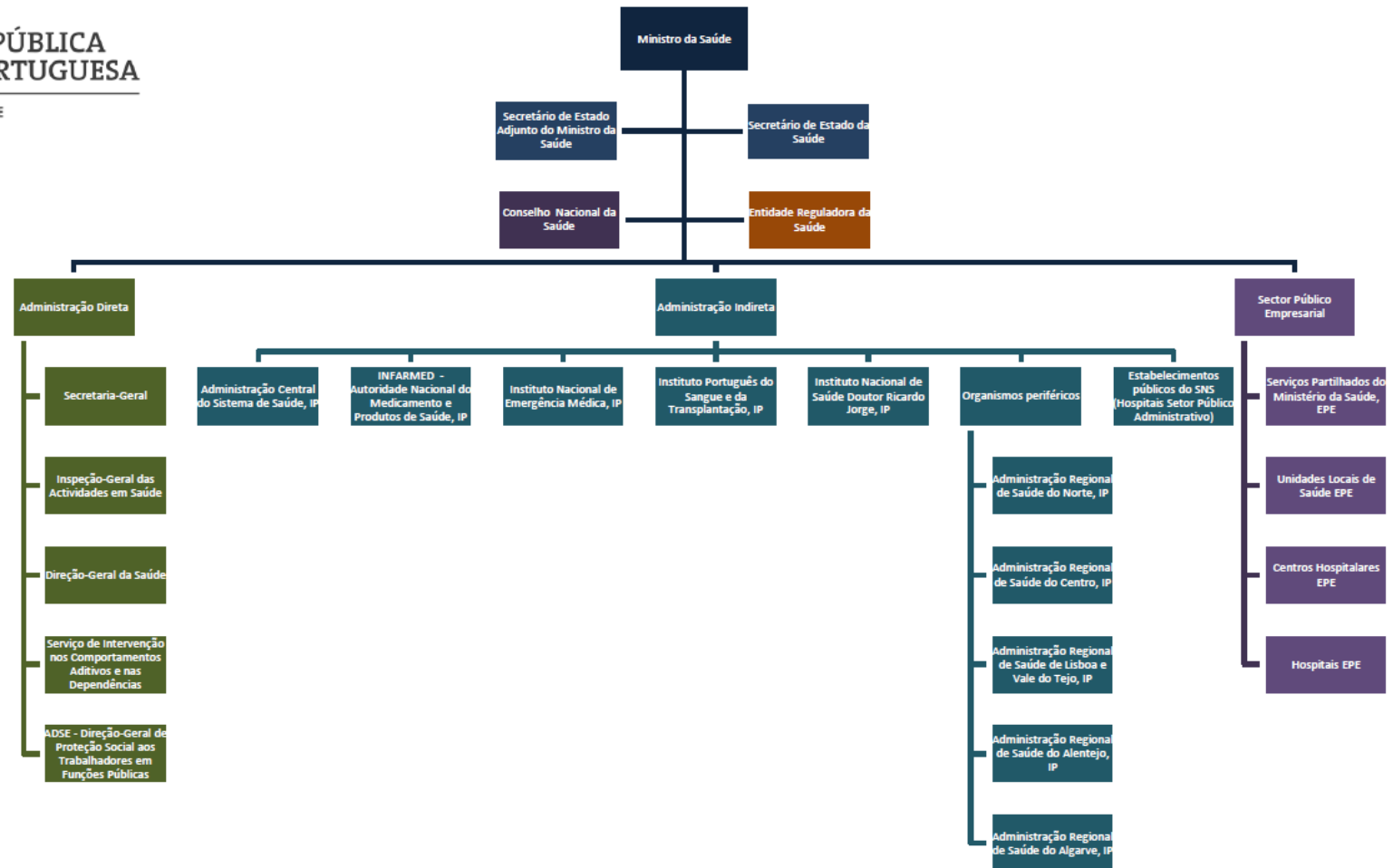
### **3.1. O Sistema Nacional de Saúde Português**

Em 1899 nasceu o Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), pela mão de Ricardo Jorge, com a organização dos serviços de saúde pública. A prestação de cuidados de saúde era, à data, de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres. No ano de 1976, na sequência da queda do regime salazarista, é aprovada nova Constituição, que prevê o direito à proteção da saúde por um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Pelo Decreto-lei n.º 56/79 de 15 de Setembro foi instituída uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde.

O SNS português é regulado, desde 1990, por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-lei n.º 12/93, de 15 de janeiro). Segundo Simões (2004), a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, publicado em 1993, definem quatro estratégias nas políticas de saúde: regionalização da administração dos serviços com uma maior autonomia e poderes para coordenar a atividade dos hospitais; privatização de setores de prestação de cuidados; privatização de setores do financiamento de cuidados, com a respetiva concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde; e articulação dos cuidados de saúde, com a criação de unidades de saúde, que agrupariam numa região, hospitais e centros de saúde. Desde os anos 90 tem-se assistido a diversas reformas e projetos de reforma do SNS, referindo-se em seguida as que se consideram pertinentes no âmbito desta tese. Assim, em 2002, pelo Decreto-lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, é aprovado um novo regime de gestão hospitalar e são introduzidas modificações profundas na Lei de Bases da Saúde, sendo definido um novo modelo de gestão hospitalar (de tipo empresarial) a aplicar a estabelecimentos hospitalares. Em 2003 é criada a rede de cuidados de saúde primários, pelo Decreto-lei n.º 39/2002 de 26

de Fevereiro, cujo objetivo, além de garantir a missão tradicional de prestação de cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, consiste também numa articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde continuados, na promoção da saúde e na prevenção da doença. No que respeita ao Sistema Nacional de Saúde, o Estado tem vindo a assumir progressivamente um papel regulador, com novos modelos de gestão pública, e integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente: Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação e Unidades Locais de Saúde (ULS), como se pode verificar na (Figura 3) referente ao Organograma do SNS Português.

Figura 3. Organograma do Sistema Nacional de Saúde



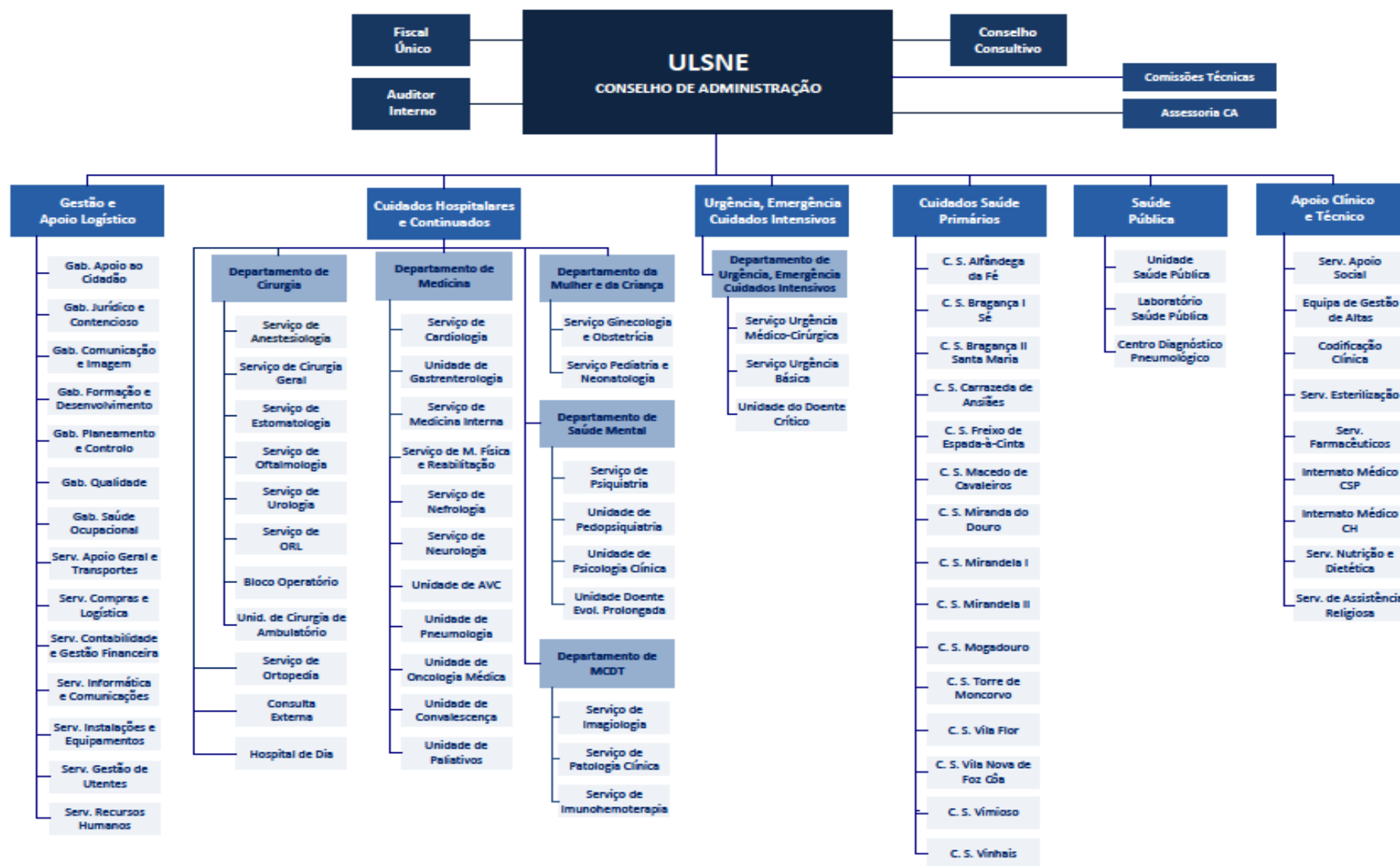
### **3.2. Caraterização da Unidade Local de Saúde do Nordeste**

Em conformidade com o Decreto-lei n.º 67/2011 de 2 de Junho, a Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E é uma entidade pública empresarial, que integra o Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E, composto pelas Unidades hospitalares de Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros e pelo Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste (ACES Nordeste) constituído por catorze Centros de Saúde do Distrito de Bragança (CS de Bragança – Unidade de Santa Maria e Unidade da Sé, CS de Mirandela I e II, CS de Macedo de Cavaleiros, CS de Carrazeda de Ansiães, CS de Freixo de Espada à Cinta, CS de Miranda do Douro, CS de Torre de Moncorvo, CS de Vila Flôr, CS de Vinhais, CS de Alfândega da Fé, CS de Vimioso e CS de Mogadouro). Esta criação veio na sequência de um projeto inovador que pretende integrar numa única entidade pública, dotada de gestão empresarial, os vários serviços e Instituições do Serviço Nacional de Saúde existentes no Município. Importa ainda referir que previamente à criação da Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E, o Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I, constituíam unidades independentes.

No que respeita á missão da instituição ULS Nordeste, pretende sobressair como hospital fomentador de liderança na prestação de cuidados até ao limite da sua diferenciação, na assistência das populações que serve, estimulando a qualificação e formação interna. No que se refere á visão, a ULS Nordeste pretende ser o melhor hospital do grupo de referência, com a pretensão de se posicionar nos 10 primeiros lugares do ranking nacional dos hospitais empresarializados. No que se refere aos valores: ética - respeitar os princípios e procedimentos definidos para a instituição, trabalhando com honestidade, profissionalismo e transparência; competência - trabalhar no melhor uso dos recursos, promovendo e compartilhando responsabilidades em equipa, assegurando os objetivos da instituição e, prosseguir uma atitude de aprendizagem e inovação; compromisso com o utente - identificar e satisfazer as necessidades de cuidados com dignidade, benevolência e humanismo, proporcionando um serviço com alto padrão de qualidade e atendimento; humanização - estimular o contínuo crescimento profissional e pessoal, trabalhando com entusiasmo, praticando a justiça, construindo e mantendo relações de confiança, de lealdade e tolerância com os utentes; responsabilidade social - caminhar para o desenvolvimento consciente e sustentado da sociedade, favorecendo o pleno exercício da cidadania e respeito pelo ambiente.

No que respeita à organização das unidades e serviços da ULS-NE, o organograma da instituição é o seguinte (Figura 4):

Figura 4. Organograma da ULS-NE



A partir da análise do organograma podemos identificar como sendo Órgãos da ULS-NE o conselho de administração, o fiscal único e o conselho consultivo. No âmbito da atribuição de competências, é da responsabilidade do conselho de administração, garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos. O fiscal único, é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULS do Nordeste. No que respeita ao auditor interno, designado pelo conselho de administração, compete proceder ao controlo interno nos domínios clínico, contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos. Compete ao órgão do conselho consultivo, apreciar os planos de atividades de natureza anual e plurianual, apreciar o relatório de contas da ULS-NE, apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade da ULS-NE, entre outras. A organização tem sede oficial em Bragança e é constituída por seis grandes áreas/núcleos: gestão e apoio logístico; cuidados hospitalares e continuados (departamentos de cirurgia, medicina, mulher e criança, saúde mental e meios complementares de diagnóstico e terapêutica; urgência, emergência e cuidados intensivos (Departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos); cuidados de saúde primários (engloba todos os centros de saúde mencionados); saúde pública e apoio clínico e técnico. É constituída por profissionais de várias categorias, algumas das quais a seguir se descrevem.

### **3.3. Caracterização das categorias profissionais da ULS-NE**

#### **3.3.1. Médicos**

A carreira especial médica, regulamentada pelo Decreto-lei n.º 177/2009 de 4 de Agosto, encontra-se organizada por áreas de exercício profissional, considerando-se as áreas hospitalar, medicina geral e familiar, saúde pública, medicina legal e medicina do trabalho. Cada uma das áreas previstas comporta formas de exercício adequadas à natureza da atividade desenvolvida, sendo objeto de definição em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho. No que remete para o perfil profissional, considera-se médico, o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde. A carreira médica constitui uma carreira especial pluricategorial estruturada nas seguintes categorias, nomeadas por ordem crescente: Assistente, Assistente Graduado e Assistente Graduado Sênior. O conteúdo funcional da categoria de Assistente compreende funções

médicas enquadradas em directrizes gerais bem definidas, organizadas em equipa, com observância pela autonomia e características técnico-científicas inerentes a cada especialidade médica. O conteúdo funcional da categoria de Assistente Graduado compreende, além das funções inerentes à categoria anterior, planear e programar o trabalho a executar pela unidade ou serviço, desenvolver atitudes e práticas de coordenação técnico-científica e de auto-aperfeiçoamento que constituam modelo de referência clínica, e por fim, manter e promover atividades regulares de investigação e participar em júris de concursos para categorias de Assistente e Assistente Graduado. Ao Assistente Graduado Sénior compete, além das funções inerentes às categorias de Assistente e Assistente Graduado, planear, programar e avaliar o trabalho desenvolvido na respetiva unidade, serviço ou departamento. Compete ao Assistente Graduado Sénior assumir a responsabilidade por atividades de formação, e de desenvolvimento profissional contínuo dos médicos da sua unidade, serviço ou departamento, e ainda elaborar, promover e apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, bem como participar em júris de concursos para todos os graus e categorias da carreira médica.

### **3.3.2 Enfermeiros**

O Decreto-lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro regulamenta o exercício da profissão de Enfermagem e a carreira de enfermagem organiza-se por áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde, tais como áreas hospitalar e de saúde pública, bem como de cuidados primários, continuados e paliativos, na comunidade, pré-hospitalar e de enfermagem no trabalho, podendo vir a ser integradas, de futuro, outras áreas. Cada área de exercício profissional tem formas de exercício adequadas à natureza da atividade que desenvolve, sendo objeto de definição em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho e atualmente a carreira de Enfermagem estrutura-se nas categorias de Enfermeiro e Enfermeiro principal.

No que respeita ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro, o Decreto-lei em vigor, prevê as seguintes funções: identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efetuar os respetivos registos, bem como participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar na respetiva organização interna; realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional; prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade; participar e promover ações que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde; assessorar as instituições, serviços e unidades, nos termos da

respetiva organização interna; desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência; recolher, registar e efetuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde; promover programas e projetos de investigação, nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas e orienta-las; colaborar no processo de desenvolvimento de competências; colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional; integrar júris de concursos ou outras atividades de avaliação, dentro da sua área de competência; planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização; identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar; desenvolver e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna; orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores; orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional. O desenvolvimento do conteúdo funcional previsto nos dois últimos tópicos compete apenas aos enfermeiros especialistas.

No que respeita ao Enfermeiro principal, para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma, e compreende: planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respetiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais; exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica em projetos ou programas; participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos serviços; coordenar funcionalmente o grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho; gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre afetação de meios; promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica; identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias; exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos processos de



contratualização; promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional; assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa; assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade; elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional; garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades; determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades; apoiar o enfermeiro-diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas; participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e, ou, unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades; elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respetivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades; desenvolvimento do conteúdo funcional previsto nos dois últimos tópicos cabe, apenas, aos titulares dos órgãos de estrutura intermédia das organizações do Serviço Nacional de Saúde.

No que remete para as condições de admissão ao exercício profissional da enfermagem, o exercício de funções no âmbito da carreira especial de enfermagem depende da obtenção do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, e para admissão à categoria de enfermeiro é exigida a titulação em cédula profissional definitiva, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros. Para admissão à categoria de Enfermeiro principal são exigidos, cumulativamente, a detenção do título de enfermeiro especialista, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, e um mínimo de cinco anos de experiência efetiva no exercício da profissão.

Previamente ao atual Decreto-Lei, em vigor, a carreira de Enfermagem, no disposto do anterior Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, previa a organização da carreira em níveis

e categorias, e refira-se que o Nível 1 integrava as categorias de enfermeiro e enfermeiro graduado. O nível 2 integrava as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro-chefe. O nível 3 integrava as categorias de enfermeiro-supervisor e de assessor técnico regional de enfermagem. O mais elevado nível previsto, da carreira especial de enfermagem, nível 4, integrava a categoria de assessor técnico de enfermagem.

### **3.3.3. Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica**

A carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica (TDT) encontra-se regulada pelo Decreto-lei n.º 384-B/85 de 30 de Setembro, e diplomas complementares, inserindo-se nos corpos especiais da saúde instituídos pelo Decreto-lei n.º 184/89 de 2 de Junho. O Decreto-lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, sendo que esta carreira enquadra um conjunto de profissionais detentores de formação especializada de nível superior. No desenvolvimento das suas funções, os técnicos de diagnóstico e terapêutica atuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção. A carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica constitui, nos termos da lei, um corpo especial, com várias profissões e respetivos perfis funcionais:

- Técnico de análises clínicas e de saúde pública - responsáveis pelo desenvolvimento de atividades ao nível da patologia clínica, imunologia, hematologia clínica, genética e saúde pública, através do estudo, aplicação e avaliação das técnicas e métodos analíticos próprios, com fins de diagnóstico e de rastreio.

- Técnico de cardiopneumologia - responsáveis pelo desenvolvimento de atividades técnicas para o estudo funcional e de capacidade anatomofisiopatológica do coração, vasos e pulmões, e ainda de atividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de ações terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiotorácica

- Técnico de fisioterapia - compete a análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação. Têm ainda como funções, tratar, habilitar ou

reabilitam indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, para ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.

- Técnico de radiologia - responsável pela realização de todos os exames da área da radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde. Compete-lhes a utilização de técnicas e normas de proteção e segurança radiológica no manuseamento de radiações.

- Terapeuta da fala - compete o desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal.

- Técnico de saúde ambiental - compete o desenvolvimento de atividades de identificação, caracterização e redução de fatores de risco para a saúde originados no ambiente, bem como a participação no planeamento de ações de saúde ambiental e em ações de educação para a saúde em grupos específicos da comunidade, bem como desenvolvimento de ações de controlo e vigilância sanitária de sistemas, estruturas e atividades com interação no ambiente, no âmbito da legislação sobre higiene e saúde ambiental.

A carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica é pluricategorial, encontrando-se organizada em técnico de 2ª classe; técnico de 1ª classe; técnico principal; técnico especialista; técnico especialista de 1ª classe. O Decreto-lei n.º 564/99 de 21 de dezembro, estabelece o estatuto legal da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) no entanto, desde há vários anos, estes técnicos aguardam revisão da carreira.

### **3.3.4. Técnicos Superiores**

A legislação que regulamenta a carreira de Técnico Superior (TS), assenta nos Decretos-lei n.º 248/85 de 15 de Julho; n.º 265/88 de 28 de Julho e n.º 404-A/98 de 18 de Dezembro. No que respeita ao perfil funcional, os Técnicos Superiores desempenham funções consultivas de natureza científico-técnica exigindo um elevado grau de qualificação, de responsabilidade, iniciativa e autonomia, assim como um domínio total da área de especialização e uma visão global de administração que permita a interligação de vários quadrantes e domínios de atividade. A estes profissionais competem funções de investigação, estudo, conceção e adaptação de métodos e processos científico-técnicos, de âmbito geral ou especializado, executadas com autonomia e responsabilidade, tendo em vista informar a decisão superior, requerendo uma especialização e formação básica de nível de licenciatura.

Tratava-se, à data, de uma carreira pluricategorial, organizada da seguinte forma: técnico superior de 2ª Classe; técnico superior de 1ª Classe; técnico superior principal; assessor; assessor principal. No âmbito da função pública, o recrutamento para as categorias da carreira técnica superior obedece a normas e exigências: a promoção a assessor principal restrita a assessores com, pelo menos, três anos de serviço classificados de muito bom ou cinco anos classificados com bom; assessor, de entre técnicos superiores principais com, pelo menos, três anos de serviço classificados de muito bom ou cinco anos classificados de bom, mediante concurso de provas públicas, que consistirá na apreciação e discussão do currículo profissional do candidato; técnicos superiores principais e de 1.ª classe, de entre, respetivamente, técnicos superiores de 1.ª classe e de 2.ª classe com, pelo menos, três anos nas respetivas categorias classificados de bom; técnico superior de 2.ª classe, de entre indivíduos habilitados com licenciatura em área de formação adequada ao conteúdo funcional do lugar a prover, aprovados em estágio com classificação não inferior a bom.

Algumas das categorias profissionais contempladas no presente estudo enquadram-se em carreiras técnicas superiores especiais, como é o caso dos Assistentes Sociais, que poderão integrar-se na Carreira Técnica Superior de Serviço Social. Por sua vez Psicólogos Clínicos, Nutricionistas e Farmacêuticos poderão integrar-se na carreira de Técnicos Superiores de Saúde, no entanto atendendo à heterogeneidade encontrada face ao ingresso nas referidas carreiras, e para permitir uma melhor análise para o nosso estudo, referir-nos-emos a estes profissionais como Técnicos Superiores.

O Farmacêutico é o profissional de saúde a quem cumpre desenvolver atividades no âmbito do medicamento, análises clínicas e genéticas suscetíveis de contribuir para a salvaguarda da saúde pública, e ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da otimização da terapêutica e promoção da saúde. Conforme a área profissional em que se enquadre, exerce a sua atividade em todas as etapas do circuito do medicamento, influenciando e monitorizando a utilização de medicamentos e outros produtos de saúde numa perspetiva de contínua otimização do tratamento do doente através do uso judicioso, seguro, eficaz, apropriado e custo efetivo dos medicamentos, ou transformando a informação laboratorial adquirida em conhecimento útil ao diagnóstico, ao acompanhamento do doente e ao suporte terapêutico.

O Nutricionista é o profissional de saúde, habilitado com o título definitivo de nutricionista, concedido pela Ordem dos Nutricionistas que desenvolve funções de estudo, orientação e vigilância da alimentação e nutrição, quanto à sua adequação e qualidade, em indivíduos ou grupos, bem como na comunidade, incluindo a avaliação do estado nutricional,

tendo por objetivo atingir e manter ao melhor nível o estado de saúde das populações, através de uma prática profissional cientificamente sustentada. As principais competências deste profissional de saúde são a aplicação de métodos de recolha e interpretação de informação acerca da gestão alimentar, do estado nutricional, balanço energético e composição corporal e acerca das interações entre alimentação e a saúde e a doença; avaliação do estado nutricional dos indivíduos e das populações; estudo dos desequilíbrios alimentares geradores de doença na comunidade ou em grupos populacionais determinados para promover a correção dos erros detetados; recolha, registo, análise, e interpretação dos dados analíticos na área das ciências da nutrição, usando métodos apropriados. Compete ainda a estes profissionais realizar o aconselhamento nutricional a indivíduos ou grupos; interpretar os métodos de análise química, nutricional, microbiológica; planear, validar e implementar ementas e planos alimentares adaptados às diversas circunstâncias e em função da patologia e da população a que se destina; conceber sistemas de produção, transformação e preparação dos alimentos e estudar os seus efeitos sobre a composição química, nutrientes e outros constituintes dos alimentos; participar no planeamento, implementação, gestão e avaliação de programas de intervenção comunitária na área da alimentação e da nutrição; participar no planeamento e implementação de políticas que integrem as questões alimentares e nutricionais, em toda a cadeia alimentar, e suas relações e interações com a saúde pública; conceber, promover e participar em programas de educação para a saúde e, em geral, de saúde pública, no domínio da educação alimentar; promover ações de educação e formação acerca de alimentos, nutrientes e interações entre alimentação e saúde, dirigidas à população em geral e ou grupos específicos; conceber e implementar normas e procedimentos na área da segurança, qualidade e sustentabilidade alimentar; participar na definição da política de saúde alimentar a nível regional ou nacional.

O Psicólogo Clínico é o profissional de saúde, habilitado com o grau de especialista, que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde. Constituem principais competências destes profissionais, em contextos de saúde: diagnosticar e avaliar indivíduos e grupos sinalizados no universo de uma dada população, para fins de prevenção e tratamento; promover ações preventivas e interventivas ao nível do tratamento psicológico, intervenção psicossocial e reabilitação na doença mental e outras perturbações psicopatológicas ou aspetos comportamentais com elas relacionados; promover a saúde, intervir e dar apoio psicológico em situações de doença física e aspetos comportamentais com elas relacionados, quer a doentes e seus familiares; proceder a aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo; desenvolver

intervenção psicológica e psicoterapia individual, conjugal, familiar ou de grupo, a um nível adequado à formação obtida e às características do contexto em que o serviço é solicitado; participar ativamente em equipas multidisciplinares.

No que reporta aos Assistentes Sociais, em conformidade com o Decreto-lei n.º 248/85 de 15 de julho, estes profissionais desenvolvem funções diferenciadas, que podem ser entendidas por diferentes níveis de análise. Ao nível do processo de ação profissional, investigam, concebem, organizam, executam, coordenam ou dirigem, supervisionam e avaliam o processo e as práticas profissionais em todos os organismos, serviços e unidades onde desenvolvem o seu desempenho profissional. Prestam supervisão profissional especificamente contratualizada para este efeito. Ao nível de cidadãos e famílias, prestam apoio psicossocial, fazem aconselhamento e acompanhamento social e pedagógico; identificam e diagnosticam necessidades e problemas de âmbito psicossocial e relacional; acompanham o projeto e o processo da resolução de problemas. Disponibilizam informações, potencializam capacidades e rentabilizam recursos, e exercem advocacia social. Ao nível de grupos, contribuem para a identificação, caracterização e visibilidade pública de vulnerabilidades de risco social, com maior expressão em determinados grupos; promovem ações que visam a sua relação e dinamização, ou a sua organização e representação, ou ainda a sua ação participativa, procurando reduzir ou eliminar os fatores de risco presentes e, tendo sempre em atenção a diversidade das finalidades e interesses dos respetivos grupos. Ao nível de contextos sócio institucionais e comunitários localizados, atendem às diversidades sociais, culturais e institucionais dos respetivos contextos; identificam, diagnosticam problemas e necessidades de comunidades e seus habitantes; promovem recursos e potencialidades; compatibilizam a racionalização de recursos com a satisfação, eficácia e a eficiência das respostas; estimulam e desenvolvem processos de trabalho em parceria e em rede; promovem a articulação, a negociação e a mediação entre agentes institucionais, entidades e organismos públicos ou privados, participando na construção e acompanhamento de protocolos de colaboração e de responsabilidade conjunta. Adicionalmente, estes profissionais assessoriam os órgãos de administração e de gestão da sua instituição no processo de compreensão e implementação das medidas de política social; propõem e defendem a criação e implementação de estruturas tendentes à satisfação de necessidades e direitos dos cidadãos utentes ou potenciais utentes e acautelam as condições gerais do acesso, da humanização e da qualidade dos serviços. Ao nível do processo de investigação, os assistentes sociais concebem, planeiam, implementam, executam, coordenam, supervisionam e avaliam planos, programas e projetos de investigação, e de investigação – ação, centrados em áreas temáticas

e em fenómenos associados às condições de vida dos cidadãos; identificam prioridades e elaboram propostas que visam o ajustamento e a qualidade das políticas sociais/ setoriais, tendo sempre em vista a obtenção de ganhos sociais.

Terminado o enquadramento teórico, avança-se agora para a Parte II desta tese, relativa aos estudos empíricos efetuados.

## **PARTE II**

### **ESTUDOS EMPÍRICOS**



A segunda parte deste trabalho, organizada em quatro capítulos, inicia-se com o Capítulo IV referente à metodologia utilizada, no qual são descritos os objetivos e hipóteses de investigação, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha de dados, a análise de dados e caracterização da amostra.

Os três capítulos seguintes referem-se aos estudos empíricos realizados, organizados no formato de artigo científico. O Capítulo V refere-se ao primeiro, e mais abrangente, estudo empírico, correspondendo à caracterização dos profissionais de saúde da ULS Nordeste, no que diz respeito à sua saúde ocupacional, nomeadamente *burnout*, *tecnostress*, *engagement*, e satisfação laboral, bem como as realações entre estas variáveis e a influência de características individuais e profissionais.

O Capítulo VI aborda o segundo estudo empírico efetuado, centrando-se no *burnout* e *engagement* em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal, no sentido de aprofundar o primeiro estudo empírico, no que respeita ao estudo da relação entre as duas variáveis referidas (*burnout* e *engagement*). Foi já publicado, em 2015, na Revista *Psicologia, Saúde e Doenças*, e como tal, obedece à estrutura desta revista, optando-se por manter a breve introdução teórica e o artigo, na íntegra, excepto bibliografia.

O Capítulo VII corresponde ao terceiro e último estudo empírico deste trabalho, estando focado no *tecnostress* e *burnout* em enfermeiros. Por serem os profissionais numericamente mais representados na amostra total, e por constituírem um grupo de maior risco no desenvolvimento de doenças ocupacionais, optou-se por proceder a um estudo específico em enfermeiros, para analisar a forma como o *tecnostress* e o *burnout*, ambos doenças ocupacionais, se relacionam. Este estudo foi também já publicado, em 2016, no *International Journal on Work Conditions*, e como tal obedece à estrutura desta revista, optando-se também por manter a breve introdução teórica e o artigo na íntegra, excepto bibliografia.

Concluí-se este trabalho de investigação com referência às principais conclusões a retirar destes três estudos empíricos, refletindo igualmente acerca das suas limitações e propondo orientações para futuras investigações. Para finalizar, são apresentadas as referências bibliográficas, citadas ao longo desta tese.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGIA**

Aborda-se, neste capítulo, a metodologia de toda a investigação realizada e a partir da qual se estruturaram os três estudos empíricos. Para facilitar a leitura e visão geral da investigação, optou-se por começar por referir os objetivos e hipóteses de investigação, para em seguida descrever os instrumentos e procedimentos, terminando com a caracterização da amostra, como transição para os estudos empíricos.

#### 4.1. Objetivos e Hipóteses

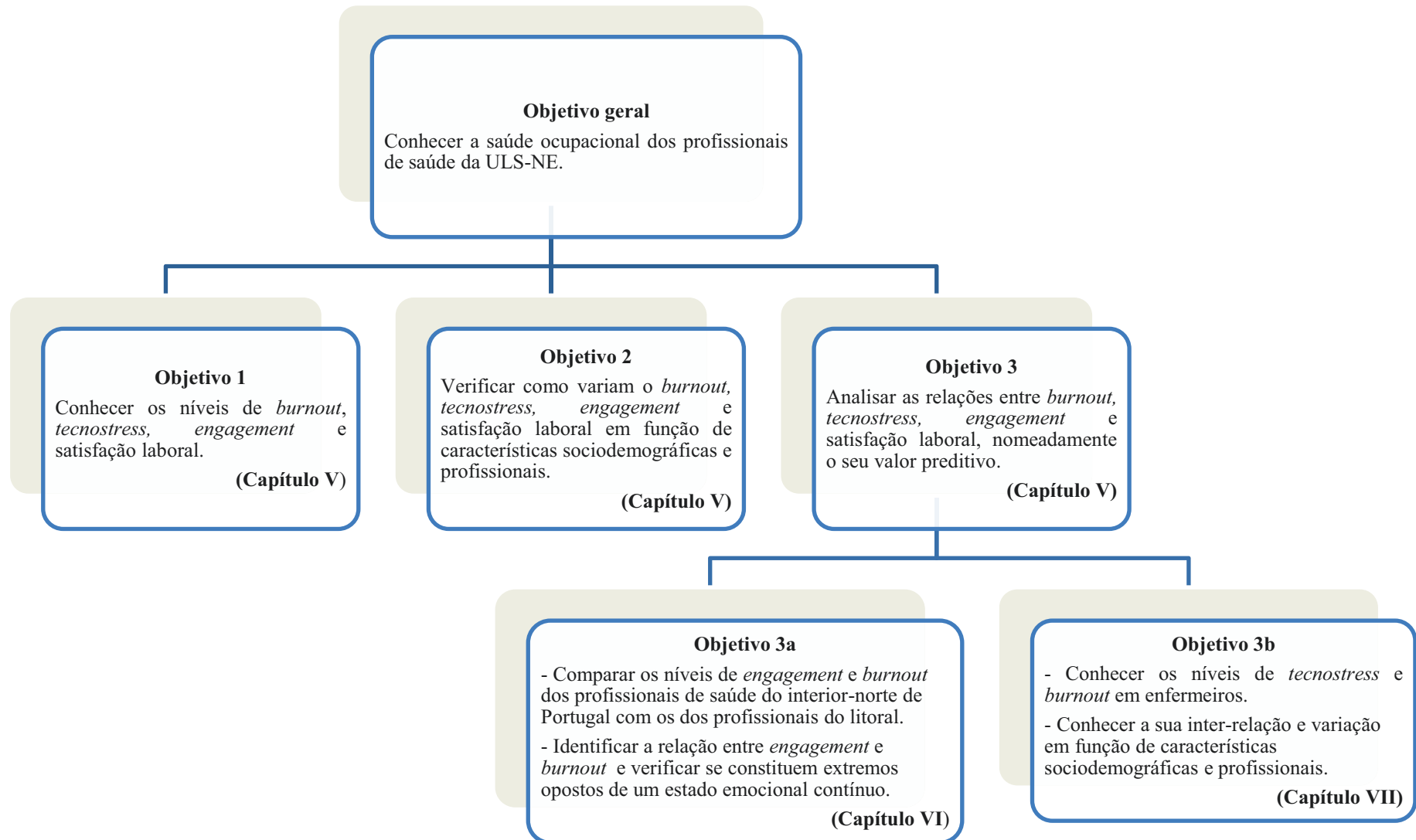
Esta investigação tem como objetivo geral conhecer a saúde ocupacional dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, Técnicos Diagnóstico e Terapêutica (radiologistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de análises clínicas e saúde pública, cardiopneumologistas e técnicos de saúde ambiental) e Técnicos Superiores (psicólogos clínicos, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêutica) da ULS-NE. Tem como objetivos específicos:

- objetivo 1 - conhecer os níveis de *burnout*, *tecnostress*, *engagement* e satisfação laboral dos profissionais de saúde inquiridos.
- objetivo 2 - verificar como variam em função de características sociodemográficas e profissionais.
- objetivo 3 - analisar as relações entre estas variáveis, nomeadamente o seu valor preditivo.

Estando o trabalho estruturado em três estudos empíricos diferentes, no formato de artigo, o estudo 1 (Capítulo V) tenta responder a estes três objetivos, para nos estudos 2 e 3 (respetivamente Capítulos VI e VII) se aprofundar o último objetivo, nomeadamente a relação entre *burnout* e *engagement*, e entre *burnout* e *tecnostress*:

- objetivo 3a (estudo 2) - contribuir para o tema da saúde ocupacional através do conhecimento dos níveis de *engagement* e *burnout* de profissionais de saúde do interior-norte de Portugal por comparação com profissionais do litoral, bem como identificar a relação entre estas duas variáveis no sentido de verificar se constituem extremos opostos de um estado emocional contínuo.
- objetivo 3b (estudo 3) – conhecer, nos profissionais de enfermagem (categoria profissional dominante na amostra de inquiridos), os níveis de *tecnostress* e *burnout*, sua inter-relação e sua variação em função de características sociodemográficas e profissionais.

Figura 5. Esquema de concretização dos objetivos por capítulo



De acordo com os objetivos enunciados, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

O1-H1: pelo atual ritmo de trabalho e de exigências, os profissionais apresentam alto *burnout*, baixo *engagement*, alto *tecnostress* e baixa satisfação laboral.

O2-H2: as variáveis *burnout*, *engagement*, *tecnostress* e satisfação laboral apresentam diferenças significativas em função das variáveis sociodemográficas (sexo; idade; estado civil; existência de filhos; habilitações literárias) de acordo com o que a literatura tem apresentado, e que nem sempre conclui no mesmo sentido.

O2-H3: as variáveis *burnout*, *engagement*, *tecnostress* e satisfação laboral apresentam diferenças significativas em função das variáveis profissionais (categoria profissional; local de trabalho; serviço no qual presta funções; situação contratual; total de anos de serviço; desejo de mudança de profissão, instituição e serviço).

O2-H4: nas profissões médica e de enfermagem, registam-se maiores níveis de *burnout*, comparativamente com as restantes categorias profissionais que constituem a amostra.

O3-H5: em conformidade com a literatura, as variáveis *burnout* e *tecnostress* apresentam entre si uma correlação positiva. As variáveis *engagement* e a satisfação laboral apresentam uma correlação positiva entre si. As variáveis *burnout* e *tecnostress* apresentam uma correlação negativa quer com o *engagement* quer com a satisfação laboral.

O3-H6: o *burnout* é essencialmente predito pelas variáveis sociodemográficas, em detrimento da satisfação laboral e *tecnostress*.

O3a-H7: os profissionais de saúde do interior-norte de Portugal apresentam significativamente menor *burnout* e maior *engagement* comparativamente com profissionais de saúde do litoral do país.

O3a-H8: *burnout* e *engagement* constituem extremos opostos de um estado emocional contínuo.

O3b-H9: os níveis de *tecnostress* e *burnout* em enfermeiros são elevados, devido às características psicoprofissionais e outros fatores de risco documentados na literatura.

O3-H10: os níveis de *burnout* e *tecnostress* dos enfermeiros variam de acordo com características sociodemográficas e profissionais, e que segundo a literatura tem apresentado, nem sempre vão no mesmo sentido.

## 4.2. Instrumentos

Para atingir os objetivos propostos construiu-se um questionário, constituído por seis grupos de questões, os quais integram instrumentos/escalas independentes que avaliam construtos específicos da investigação, nomeadamente *engagement*, satisfação laboral, *burnout* e *tecnostress*, com recurso a versões portuguesas já utilizadas noutros estudos.

Assim, o Grupo I foi constituído por questões de caracterização sociodemográfica e profissional, como idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, filhos, atividade profissional, local de trabalho, serviço no qual desempenha funções, categoria profissional, anos de serviço, natureza do contrato de trabalho e desejo de mudança de profissão, instituição e serviço.

O Grupo II refere-se à escala UWES - Utrecht Work Engagement Scale (Marques-Pinto & Picado, 2011; Schaufeli & Bakker, 2003), constituída por 17 itens que avaliam as três dimensões da motivação no trabalho (Vigor, Dedicção e Absorção), numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 (Nunca) e 6 (Todos os dias). São utilizados para avaliação do vigor seis itens (itens 1, 4, 8, 12, 15 e 17), cinco para a avaliação da dedicação (itens 2, 5, 7, 10 e 13) e seis para avaliação da absorção (itens 3, 6, 9, 11, 14 e 16). Quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de *engagement* com o trabalho (Schaufeli et al., 2002b). Mais tarde foi proposta uma versão reduzida do instrumento, composta por apenas 9 itens, a UWES-9 (Schaufeli, Bakker & Salanova, 2006), em que a dedicação, o vigor e a absorção são avaliados por três itens, por dimensão.

O Grupo III refere-se ao QSL-23 - Questionário de Satisfação Laboral (Ferreira et al., 2010; Meliá & Peiró, 1989; Pocinho & Garcia, 2008), composto por 23 itens, avaliados numa escala que varia entre 1 e 7 pontos, sendo que 1 corresponde a “extremamente insatisfeito” e 7 corresponde a “extremamente satisfeito”. Este questionário permite avaliar cinco fatores gerais de satisfação no trabalho: satisfação com a supervisão (6 itens); satisfação com o ambiente físico do trabalho (5 itens), satisfação com os benefícios e políticas organizacionais (5 itens), satisfação intrínseca do trabalho (4 itens) e satisfação com a participação (3 itens).

O Grupo IV é constituído pela escala Maslach *Burnout* Inventory-HSS (Marques-Pinto & Picado, 2011; Maslach & Jackson, 1997) para avaliação do *burnout*. Este instrumento apresenta 22 itens que avaliam as três dimensões do *burnout*, Exaustão Emocional (9 itens), Despersonalização (5 itens) e Realização Pessoal (8 itens), numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 (Nunca) e 6 (Todos os dias). O *burnout* é entendido enquanto variável contínua, e pode ser experienciado num grau baixo, moderado ou elevado. Estamos na presença de elevado *burnout* quando se verificam resultados elevados nas subescalas de

exaustão emocional e despersonalização e resultados baixos na subescala de realização pessoal. Um grau médio de *burnout* compreende resultados médios nas três subescalas. E, por último, um baixo grau de *burnout* é verificado quando existem resultados baixos nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e resultados elevados na subescala da realização pessoal. Recentemente, Maroco e colaboradores, baseados em Maslach e colaboradores (1986), consideraram “sem *burnout*/ *burnout* reduzido” para valores médios inferiores a 2, “*burnout* moderado” para valores entre 2 e 3, e “*burnout* elevado” para valores médios superiores ou iguais a três, dando assim um exemplo de categorização aplicável a estudos portugueses.

O Grupo V, último grupo do nosso questionário, consiste no RED-TIC (Pocinho & Garcia, 2008; Salanova et al., 2004), Escala de Tecnoestresse para utilizadores de tecnologias de informação e comunicação, originalmente desenvolvida por Salanova e colaboradores (2004) com base num modelo teórico tridimensional (componente afetiva, atitudinal e cognitiva. Inclui 16 itens que avaliam as dimensões descrença (itens: 1, 2, 3, 4), fadiga (itens: 5,6,7,8), ansiedade (itens:9, 10,11,12) e ineficácia (itens: 13, 14, 15,16) numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 (Nunca) e 6 (sempre).

No que se refere às propriedades psicométricas (Tabela 1), verificou-se que se aproximam dos 0,8 recomendados por Field (2009), sendo semelhantes aos valores dos estudos originais ou das versões portuguesas que foram utilizadas neste estudo.

Tabela 1. Alfa de Cronbach para os instrumentos utilizados

	Estudo original	Estudo português	Neste estudo
MBI	Maslach & Jackson (1997)	Marques Pinto & Picado (2011)	
Exaustão emocional	>.90	.84	.84
Despersonalização	>.79	.72	.76
Realização pessoal	>.71	.79	.79
UWES	Schaufeli & Bakker (2003)	Marques Pinto & Picado (2011)	
Vigor	.79	.67	.78
Dedicação	.89	.66	.87
Absorção	.73	.56	.78
RED-TIC	Salanova et al. (2004)	Pocinho & Garcia (2008)	
Descrença	.93	>.68	.80
Fadiga	.92	>.68	.91
Ansiedade	.83	>.68	.90
Ineficácia	.84	>.68	.89
QSL-23	Mélia & Peiró (1989)	Ferreira et al. (2010)	
Supervisão	.89	.94	.94
Ambiente Físico	.81	.93	.88
Benefícios e	.76	.85	.76
Políticas da Organização			
Intrínseca	.80	.84	.82
Participação	.78	.90	.86

#### **4.3. Procedimento de recolha e análise de dados**

O estudo foi desenvolvido com profissionais de saúde portugueses, em desempenho de funções no interior-norte de Portugal, Distrito de Bragança, na instituição Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE. De forma a viabilizar o estudo empírico procedeu-se ao cumprimento dos requisitos formais e éticos, tendo-se obtido aprovação para a realização do estudo em Janeiro de 2013. Os profissionais de saúde foram então contactados e convidados a participar, voluntariamente, neste estudo, o que implicou que entre Fevereiro e Maio de 2013 a investigadora se deslocasse aos locais abrangidos, tendo distribuído os questionários impressos junto dos profissionais interessados em participar. Estes foram esclarecidos quanto às características e objetivos da investigação e foi-lhes garantida a confidencialidade e anonimato, bem como fornecido o consentimento informado. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de aproximadamente 15 minutos, e de um modo geral, os profissionais abordados mostraram disponibilidade e interesse em participar no estudo. Nos momentos em que foi possível, optou-se por fazer a abordagem aos profissionais em contexto de reunião de equipa, do modo a possibilitar um maior controlo, pela investigadora, na recolha dos questionários. Distribuíram-se, aproximadamente, 550 questionários, tendo-se recolhido 339 questionários preenchidos e validados o que constitui uma taxa de devolução/recolha de 61,6%.

Os dados foram em seguida introduzidos e analisados com recurso ao programa IBM-SPSS 21. A matriz contabilizou 339 linhas, representando cada linha um sujeito da amostra e 255 colunas representando, cada coluna, uma questão. Procedeu-se a um estudo exploratório, tendo-se procedido a análise estatística descritiva e inferencial, bem como correlação R de Pearson, regressão e diferença de médias segundo os critérios estatísticos recomendados (Field, 2009) e conforme apresentado nos resultados de cada estudo empírico que se segue.



#### 4.4. Caracterização da Amostra

No que se refere à caracterização da amostra (Tabela 2), é constituída maioritariamente por profissionais de saúde do sexo feminino, casados, com filhos e detentores de licenciatura

Tabela 2. Distribuição da amostra em função das características sociodemográficas		
Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	69	20.4
Feminino	270	79.6
Estado civil		
Solteiro	79	23.4
Casado ou em união facto	230	68.0
Divorciado, separado ou viúvo	29	8.6
Existência de filhos		
Sim	218	68.6
Não	100	31.4
Habilitações Literárias		
Bacharelato	8	2.4
Licenciatura	219	64.8
Pós-Graduação	56	16.6
Mestrado	48	14.2
Doutoramento	1	0.3
Outro	6	1.8

Quanto às características profissionais da amostra (Tabela 3), verifica-se maior frequência de profissionais de enfermagem, seguidos dos médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica (radiologistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de análises clínicas e saúde pública, cardiopneumologistas e técnicos de saúde ambiental) e técnicos superiores (psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêutica). Verifica-se que uma percentagem maioritária dos sujeitos presta funções nos cuidados de saúde primários em contraposição ao contexto hospitalar. Quanto ao Serviço, para os cuidados de saúde primários, foi a unidade de cuidados na comunidade (UCC) e a unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) onde se obtiveram maior número de sujeitos para amostra em estudo. Já no que respeita ao contexto hospitalar, os serviços de urgência básica, cirurgia e pediatria apresentam maior número de sujeitos inquiridos, comparativamente com outros serviços deste mesmo contexto. No que reporta à Situação Profissional, os resultados mostram que a expressiva maioria da amostra apresenta contrato por tempo indeterminado.

Tabela 3. Distribuição da amostra em função de características profissionais

Variável	N	%
Categoria profissional		
Médico	46	14.4
Enfermeiro	219	68.4
TDT	34	10.4
TS	12	5.8
Local de trabalho		
Centro de Saúde	201	62.6
Hospital	119	37.1
Outro	1	0.3
Serviço		
UCC	70	20.6
UCSP	67	19.8
Serviço de Urgência Básica	17	5.0
Cirurgia	17	5.0
Pediatria	15	4.4
Outros	153	45.2
Situação profissional		
Prestação de Serviços	2	0.6
CTRC	75	23.6
CTRI	8	2.5
CTI	233	73.3

Na variável Mudança de Profissão, Instituição, Serviço a maioria da amostra respondeu não pretender Mudar de Profissão, de Instituição nem de Serviço (Tabela 4).

Tabela 4 Distribuição da amostra na variável Mudar de profissão, instituição ou serviço

Variável	N	%
Mudar de Profissão		
Sim	52	15.3
Não	262	77.3
Não responde	25	7.4
Mudar de Instituição		
Sim	67	19.8
Não	245	72.3
Não responde	27	8.0
Mudar de Serviço		
Sim	29	8.6
Não	281	82.9
Não responde	29	8.6

Para a variável Idade (Tabela 5), verifica-se que a média é de 41 anos, sendo a idade mínima 24 anos e a idade máxima 61 anos. Quanto à variável Tempo de Serviço Total, obteve-se um valor médio de 16 anos. Para o Tempo de Serviço na Instituição constata-se que a média é de 13 anos, com variação entre 1 e 37 anos.

Tabela 5. Média de idade, Tempo Serviço Total e Tempo de Serviço na Instituição

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	24	61	40.87	10.06
Tempo Serviço Total	1	40	16.49	9.82
Tempo Serviço Instituição	1	37	13.20	9.99

A partir das tabelas anteriormente apresentadas, pode-se caracterizar sumariamente a amostra como sendo constituída por 339 sujeitos distribuídos por 13 centros de saúde e 3 hospitais, do distrito de Bragança. Trata-se maioritariamente de profissionais de saúde do sexo feminino com média de idades de 41 anos, casados ou a viverem em união de facto, com filhos e tendo o grau académico de licenciatura. Quanto à atividade profissional desempenhada, a amostra de profissionais de saúde é composta maioritariamente por enfermeiros, seguida de médicos, de técnicos de diagnóstico e terapêutica (radiologistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de análises clínicas e saúde pública, cardiopneumologistas e técnicos de saúde ambiental) e de técnicos superiores (Psicólogos, Nutricionistas, Assistentes Sociais e Farmacêutica). A maioria da amostra tem contrato de trabalho por tempo indeterminado e expressa não pretender mudar de profissão nem de instituição ou de serviço dentro da instituição na qual trabalham.

Avança-se, de seguida, para a apresentação dos vários estudos empíricos.

**CAPÍTULO V**

**ESTUDO 1: A SAÚDE OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE DA ULS NORDESTE - ESTUDO DE CARATERIZAÇÃO**

Neste capítulo, pretendem-se conhecer os níveis de *burnout*, *tecnostress*, *engagement* e satisfação laboral dos profissionais de saúde inquiridos, verificar como variam em função de características sociodemográficas e profissionais, e analisar as relações entre estas variáveis, nomeadamente o seu valor preditivo.

## **5.1. Introdução**

Este estudo foi realizado com recurso á amostra total já caracterizada no capítulo anterior. Como já referido, optamos por estruturar os estudos empíricos no formato de artigo tendo em consideração a publicação dos estudos 2 e 3 (Capítulos VI e VII), motivo pelo qual este capítulo se apresenta como o estudo empírico 1, de caracterização geral dos inquiridos, bem como da análise entre variáveis dependentes. Para evitarmos sobrecarga de informação, dado que ainda não foi publicado e, quando o for, não poderá conter todos os resultados a seguir apresentados, a sua introdução é todo o enquadramento teórico apresentado nos Capítulos I e II, enquanto o método é a informação já a apresentada no Capítulo IV.

### **5.2. Método**

#### **5.2.1. Participantes**

Já descrito no Capítulo IV.

#### **5.2.2. Material**

Já descrito no Capítulo IV.

#### **5.2.3. Procedimento**

Já descrito no Capítulo IV.

## **5.3. Resultados**

Os resultados apresentados irão seguir a sequência de análise descritiva, análise correlacional, análise comparativa em função de variáveis sociodemográficas e profissionais e, por fim, análise de regressão.

No que se refere á análise descritiva, os resultados médios obtidos para as variáveis em estudo e suas dimensões internas (Tabela 6), sugerem níveis de *Burnout* gerais que podem ser categorizados como baixos, segundo o estudo recente de Maroco e colaboradores (2016), pois variam entre 1.77 e 1.28 para Exaustão Emocional e Despersonalização, respetivamente, e a Realização Pessoal apresenta uma média de cerca de 5, numa escala de 0 a 6. No

*Engagement*, obtiveram-se valores moderados a elevados, tendo em conta que, em todas as dimensões se pontuou acima de 3, valor intermédio da escala UWES. A Dedicção constitui a dimensão com pontuação superior, seguindo-se o Vigor e a Absorção. Para o *Tecnostress*, os resultados apresentam-se com níveis baixos, em todas as suas dimensões internas pois, numa escala de Lickert entre 0 e 6 pontos, obtiveram-se, na amostra em estudo, valores médios que oscilaram entre 0.80 e 1.03. Na variável Satisfação Laboral, os resultados obtidos revelaram-se moderados a elevados, nas suas cinco dimensões, pois, numa escala de 1 a 7, verifica-se que os valores médios obtidos oscilam entre o mínimo de 3.83 (próximo de 4, tido como valor intermédio da escala) na dimensão da Satisfação com Benefícios e Políticas da Organização, e o máximo de 5.16 na dimensão da Satisfação Intrínseca.

Tabela 6. Valores mínimos e máximos, média e desvio padrão das variáveis em estudo

Variável (valores da escala)	Dimensão	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Burnout</i> (0-6)	Despersonalização	0	4.86	1.28	0.94
	Exaustão Emocional	0	5.71	1.77	1.22
	Realização pessoal	1.00	6.00	4.64	0.95
<i>Tecnostress</i> (0-6)	Descrença	0	5	1.03	1.09
	Fadiga	0	5	0.99	1.11
	Ansiedade	0	5.50	0.89	1.10
	Ineficácia	0	5.25	0.80	0.86
<i>Engagement</i> (0-6)	Vigor	2.00	6.00	4.81	0.84
	Dedicção	1.00	6.00	5.02	0.95
	Absorção	1.33	6.00	4.55	0.96
Satisfação Laboral (1-7)	Supervisão	1	7	4.82	1.32
	Ambiente Físico	1	7	5.02	1.23
	Benefícios	1	7	3.83	1.22
	Intrínseca	1	7	5.16	1.04
	Participação	1	7	4.89	4.89

Para examinarmos até que ponto as variáveis estudadas se encontravam relacionadas entre si, utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 7) Podemos verificar que, para além das esperadas correlações moderadas ou elevadas entre dimensões da mesma escala, se encontram também outras correlações moderadas ( $\geq .30$ ) entre dimensões de escalas diferentes. É o caso do *Burnout* e do *Engagement* que se encontram negativamente correlacionadas entre si e também com as dimensões da Satisfação Laboral, a primeira negativamente a segunda, positivamente. O *Burnout* encontra-se ainda moderadamente e negativamente correlacionado com o *Tecnostress*. Verificou-se, ainda, para o *Tecnostress*, a existência de correlações internas de maior grandeza entre as dimensões Ansiedade e Ineficácia, e da Fadiga com a Ansiedade. No que remete para a correlação com o *Burnout*, verificaram-se associações de correlação positiva, mais expressivas entre as dimensões Fadiga e Ansiedade do *Tecnostress* com a Exaustão Emocional. Todas as dimensões do *Tecnostress*

se encontram correlacionadas negativamente e com pouca expressividade com a Realização Pessoal. As correlações entre *Tecnostress* e *Engagement*, são negativas e fracas para todas as dimensões internas das variáveis, e a mesma tendência se verifica na relação de associação entre *Tecnostress* e Satisfação Laboral. Para o *Burnout*, nas correlações internas verifica-se maior força entre a Despersonalização e Exaustão Emocional. Exaustão emocional e Despersonalização encontram-se negativamente correlacionadas com a Realização Pessoal. O *Burnout* encontra-se negativamente correlacionado com o *Engagement*, à exceção da Realização Pessoal do *Burnout*, cuja natureza da associação com o *Engagement* é positiva. No que respeita à força e expressividade das correlações encontradas assumem destaque a obtida entre a Exaustão Emocional e o Vigor e a da Realização Pessoal com a Dedicção. No que se refere à correlação entre *Burnout* e Satisfação Laboral, obtiveram-se correlações negativas entre as diferentes dimensões, à exceção da Realização Pessoal, a qual se correlacionou positivamente com todas as dimensões da Satisfação Laboral. Obtiveram-se correlações mais fortes da Exaustão Emocional com a Satisfação Intrínseca e com a Satisfação com a Supervisão. No respeitante ao *Engagement*, as dimensões internas têm correlações positivas fortes. No que reporta à relação entre dimensões internas do *Engagement* e da Satisfação Laboral, obtiveram-se correlações positivas e significativas, com maior expressividade entre as três do *Engagement* e a Satisfação Intrínseca. No que respeita às dimensões internas da Satisfação Laboral, existem correlações positivas e significativas, mais expressivas entre as dimensões da Satisfação com a Supervisão e a Satisfação com a Participação, e da Satisfação com a Supervisão e a Satisfação com Benefícios.

Tabela 7. Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis dependentes

Variável	Dimensão	<i>Tecnostress</i>				<i>Burnout</i>			<i>Engagement</i>			Satisfação Laboral			
		1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15	16
<i>Tecnostress</i>	1. Descrença														
	2. Fadiga	.58**													
	3. Ansiedade	.56**	.70**												
	4. Ineficácia	.54**	.60**	.76**											
<i>Burnout</i>	5. Despersonalização	.24**	.34**	.29**	.28**										
	6. Realização Pessoal	-.14*	-.18**	-.16**	-.18**	-.30**									
	7. Exaustão Emocional	.24**	.39**	.30**	.25**	.72**	-.23**								
<i>Engagement</i>	10. Vigor	-.20**	-.23**	-.16**	-.15**	-.35**	.38**	-.41**							
	11. Dedicação	-.20**	-.20**	-.16**	-.18**	-.30**	.41**	-.36**	.76**						
	12. Absorção	-.16**	-.11*	-.08	-.12*	-.25**	.35**	-.28**	.76**	.72**					
Satisfação Laboral	13. Supervisão	-.09	-.12*	-.12*	-.11*	-.30**	.19**	-.36**	.27**	.36**	.26**				
	14. Ambiente	-.22**	-.14**	-.16**	-.12*	-.19**	.13*	-.26**	.23**	.29**	.23**	.28**			
	15. Benefícios	-.12*	-.10	-.06	-.03	-.17**	.13*	-.30**	.28**	.35**	.24**	.61**	.39**		
	16. Intrínseca	-.28**	-.26**	-.19**	-.17**	-.33**	.33**	-.38**	.48**	.55**	.39**	.43**	.37**	.47**	
	17. Participação	-.11	-.10	-.11*	-.14*	-.26**	.26**	-.29**	.34**	.39**	.30**	.66**	.37**	.60**	.48**

Nota: Valores sombreados  $\leq .30$



No que reporta à correlação entre as variáveis dependentes em estudo e a Idade, Anos de Serviço na Instituição e Anos de Serviço Total (Tabela 8), os resultados sugerem não existirem associações de correlação estatisticamente significativas entre nenhuma das variáveis.

Tabela 8. Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis dependentes com Idade, Anos de Serviço na Instituição e Anos de Serviço Total

Variável	Dimensão	Idade	Anos Serviço na Instituição	Anos Serviço Total
<i>Burnout</i>	Despersonalização	-.06	-.05	-.06
	Exaustão Emocional	.11	.11	.07
	Realização Pessoal	.05	.03	.04
<i>Tecnostress</i>	Descrença	.20	.16	.20
	Fadiga	.17	.15	.17
	Ansiedade	.25	.23	.24
	Ineficácia	.31	.23	.24
<i>Engagement</i>	Vigor	.09	.07	.06
	Dedicação	.04	.02	.02
	Absorção	.10	.05	.06
Satisfação Laboral	Supervisão	.00	-.01	.03
	Ambiente Físico	-.02	-.06	-.05
	Benefícios	.15	.10	.15
	Intrinseca	-.03	-.02	-.04
	Participação	-.05	-.03	-.01

No que se refere às análises comparativas em função de características sociodemográficas, atendendo às características da distribuição da amostra, foram escolhidos os testes paramétricos, teste *t* para amostras independentes, e análise de variância, com recurso ao teste post-hoc de Bonferroni, (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008) com a finalidade de se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, entre grupos, nas variáveis em estudo (*Burnout*, *Tecnostress*, *Engagement* e Satisfação Laboral), em função do Sexo, Habilitações Literárias, Estado Civil, Existência de Filhos, Local de Trabalho, Categoria Profissional, Tempo de Serviço, Tipo de Contrato de Trabalho, Intenção de Mudança de Profissão e Intenção de Mudança de Instituição dos respondentes.

Os resultados obtidos sugerem, no que respeita ao Sexo (Tabela 9), a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, para as variáveis dependentes em estudo. Também no que reporta às Habilitações Literárias (Tabela 10), não foram encontradas diferenças significativas entre grupos de sujeitos (com licenciatura e pós-graduados) em nenhuma das variáveis dependentes ou suas dimensões internas.

Tabela 9. Comparação de médias em função do Sexo

Variável	Dimensão		Homens N= 69	Mulheres N=270	t (337)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.47	1.24	1.87
		<i>DP</i>	1.16	0.87	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	1.80	1.76	<1
		<i>DP</i>	1.42	1.16	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.80	4.60	1.56
		<i>DP</i>	0.95	0.94	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	0.94	1.05	<1
		<i>DP</i>	1.04	1.11	
	Fadiga	<i>M</i>	0.91	1.01	<1
		<i>DP</i>	1.13	1.11	
	Ansiedade	<i>M</i>	0.81	0.92	<1
		<i>DP</i>	1.09	1.10	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.78	0.81	<1
		<i>DP</i>	1.00	0.95	
<i>Engagement</i>	Vigor	<i>M</i>	4.86	4.80	<1
		<i>DP</i>	0.86	0.83	
	Dedicação	<i>M</i>	5.03	5.03	<1
		<i>DP</i>	0.93	0.96	
	Absorção	<i>M</i>	4.50	4.56	<1
		<i>DP</i>	0.96	0.96	
Satisfação Laboral	Supervisão	<i>M</i>	4.78	4.83	<1
		<i>DP</i>	1.51	1.27	
	Ambiente Físico	<i>M</i>	5.20	4.98	1.37
		<i>DP</i>	1.25	1.22	
	Benefícios	<i>M</i>	3.96	3.80	<1
		<i>DP</i>	1.50	1.13	
	Intrínseca	<i>M</i>	5.27	5.14	<1
		<i>DP</i>	1.09	1.02	
	Participação	<i>M</i>	4.79	4.91	<1
		<i>DP</i>	1.45	1.18	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela 10. Comparação de médias em função das Habilitações Literárias

Variável	Dimensão		Licenciatura N= 219	Pós-graduação N=111	t (337)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.27	1.30	<1
		<i>DP</i>	0.91	1.00	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	1.74	1.75	<1
		<i>DP</i>	1.17	1.20	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.66	4.61	<1
		<i>DP</i>	0.95	0.99	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	1.08	0.91	1.33
		<i>DP</i>	1.09	1.09	
	Fadiga	<i>M</i>	1.03	0.91	<1
		<i>DP</i>	1.12	1.10	
	Ansiedade	<i>M</i>	0.95	0.77	1.45
		<i>DP</i>	1.18	0.92	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.87	0.66	1.93
		<i>DP</i>	1.01	0.85	
<i>Engagement</i>	Vigor	<i>M</i>	4.84	4.76	<1
		<i>DP</i>	0.84	0.83	
	Dedicação	<i>M</i>	5.04	4.99	<1
		<i>DP</i>	0.95	0.96	
	Absorção	<i>M</i>	4.54	4.57	<1
		<i>DP</i>	0.97	0.96	
Satisfação Laboral	Supervisão	<i>M</i>	4.90	4.64	1.74
		<i>DP</i>	1.33	1.29	
	Ambiente Físico	<i>M</i>	5.01	5.04	< 1
		<i>DP</i>	1.27	1.16	
	Benefícios	<i>M</i>	3.91	3.67	1.76
		<i>DP</i>	1.21	1.22	
	Intrínseca	<i>M</i>	5.16	5.17	<1
		<i>DP</i>	1.01	1.09	
	Participação	<i>M</i>	4.92	4.82	< 1
		<i>DP</i>	1.21	1.29	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ 

No que reporta ao Estado Civil (Tabela 11), foram criadas duas categorias para análise, considerando Casados e Não Casados. Os resultados evidenciam a existência de diferenças significativas para os níveis de Exaustão Emocional, com os participantes casados a apresentarem maiores níveis. No respeitante à variável Existência de Filhos (Tabela 12), os resultados sugerem que os sujeitos sem filhos apresentam maiores níveis de

Despersonalização, enquanto sujeitos com filhos pontuam significativamente mais na Ineficácia (dimensão interna do *Tecnostress*), e na Satisfação com Benefícios (dimensão interna da Satisfação Laboral).

Tabela 11. Comparação de médias em função do Estado Civil

Variável	Dimensão		Casados N=230	Não casados N=108	<i>t</i> (337)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.31	1.23	<1
		<i>DP</i>	.90	1.01	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	1.87	1.52	2.63**
		<i>DP</i>	1.21	1.20	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.63	4.67	<1
		<i>DP</i>	.94	.98	
		<i>DP</i>	.91	1.07	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	1.06	.92	1.10
		<i>DP</i>	1.11	.99	
	Fadiga	<i>M</i>	1.06	.84	1.73
		<i>DP</i>	1.17	.99	
	Ansiedade	<i>M</i>	.94	.81	1.04
		<i>DP</i>	1.15	.99	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.83	0.75	<1
		<i>DP</i>	1.01	0.85	
<i>Engagement</i>	Vigor	<i>M</i>	4.80	4.85	<1
		<i>DP</i>	.86	.79	
	Dedicação	<i>M</i>	5.01	5.05	<1
		<i>DP</i>	.97	.92	
	Absorção	<i>M</i>	4.59	4.47	1.08
		<i>DP</i>	.91	1.07	
Satisfação Laboral	Sat. Supervisão	<i>M</i>	4.82	4.81	<1
		<i>DP</i>	1.25	1.47	
	Sat. Ambiente Físico	<i>M</i>	5.04	4.99	<1
		<i>DP</i>	1.18	1.34	
	Sat. Benefícios	<i>M</i>	3.89	3.72	1.21
		<i>DP</i>	1.16	1.33	
	Sat. Intrínseca	<i>M</i>	5.19	5.12	<1
		<i>DP</i>	.97	1.16	
	Sat. Participação	<i>M</i>	4.87	4.91	<1
		<i>DP</i>	1.24	1.21	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela 12. Comparação de médias em função da Existência de Filhos

Variável	Dimensão		Não N=100	Sim N=218	t (316)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.44	1.21	2.05*
		<i>DP</i>	1.00	0.91	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	1.76	1.74	<1
		<i>DP</i>	1.26	1.18	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.53	4.69	1.43
		<i>DP</i>	0.99	0.94	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	0.98	1.03	<1
		<i>DP</i>	0.99	1.12	
	Fadiga	<i>M</i>	0.87	1.04	1.28
		<i>DP</i>	1.06	1.13	
	Ansiedade	<i>M</i>	0.74	0.96	1.73
		<i>DP</i>	0.91	1.16	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.63	0.86	2.07*
		<i>DP</i>	0.76	1.00	
	Vigor	<i>M</i>	4.83	4.81	<1
		<i>DP</i>	0.80	0.86	
<i>Engagement</i>	Dedicação	<i>M</i>	5.05	5.01	<1
		<i>DP</i>	0.86	1.01	
	Absorção	<i>M</i>	4.51	4.57	<1
		<i>DP</i>	0.99	0.95	
	Supervisão	<i>M</i>	4.69	4.89	1.21
		<i>DP</i>	1.40	1.28	
Satisfação Laboral	Ambiente Físico	<i>M</i>	5.04	5.03	<1
		<i>DP</i>	1.38	1.19	
	Benefícios	<i>M</i>	3.62	3.93	2.06*
		<i>DP</i>	1.34	1.16	
	Intrínseca	<i>M</i>	5.15	5.16	<1
		<i>DP</i>	1.13	1.02	
	Participação	<i>M</i>	4.88	4.87	<1
		<i>DP</i>	1.22	1.25	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ 

No que concerne à comparação de médias em função do Local de Trabalho (Tabela 13), os resultados sugerem a presença de diferenças estatisticamente significativas, segundo as quais, sujeitos a desempenharem funções em contexto hospitalar apresentam maiores níveis de *Tecnostress*, na dimensão Descrença. O grupo de sujeitos em desempenho de funções em

contexto de centro de saúde pontuou significativamente mais em três dimensões da Satisfação Laboral (Satisfação com o Ambiente Físico, Satisfação com Benefícios e Satisfação com a Participação).

Tabela 13. Comparação de médias em função do Local de Trabalho

Variável	Dimensão		Centro Saúde N=201	Hospital N=119	t (316)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.27	1.30	<1
		<i>DP</i>	.91	1.00	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	1.74	1.75	<1
		<i>DP</i>	1.17	1.20	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.66	4.61	<1
		<i>DP</i>	.95	.99	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	.89	1.21	2.52*
		<i>DP</i>	1.01	1.16	
	Fadiga	<i>M</i>	.99	.98	<1
		<i>DP</i>	1.09	1.15	
	Ansiedade	<i>M</i>	.87	.93	<1
		<i>DP</i>	1.03	1.19	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.77	0.81	<1
		<i>DP</i>	0.95	0.90	
	Vigor	<i>M</i>	4.84	4.79	<1
		<i>DP</i>	.84	.86	
	Dedicação	<i>M</i>	5.02	5.03	
		<i>DP</i>	.91	1.06	
<i>Engagement</i>	Absorção	<i>M</i>	4.59	4.50	<1
		<i>DP</i>	.92	1.04	
	Supervisão	<i>M</i>	4.77	4.97	1.35
		<i>DP</i>	.92	1.20	
	Ambiente Físico	<i>M</i>	5.25	4.68	4.00***
		<i>DP</i>	1.10	1.39	
	Benefícios	<i>M</i>	3.98	3.61	2.62**
		<i>DP</i>	1.20	1.22	
	Intrínseca	<i>M</i>	5.17	5.13	<1
		<i>DP</i>	1.08	1.02	
Satisfação Laboral	Participação	<i>M</i>	5.00	4.71	2.04*
		<i>DP</i>	1.22	1.25	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

No que concerne à análise comparativa em função da Categoria Profissional (Tabela 14), consideraram-se os quatro grupos descritos no Capítulo III: médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica (inclui radiologistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de análises clínicas e saúde pública, cardiopneumologistas, e técnicos de saúde ambiental) e técnicos superiores (constituído por psicólogos clínicos, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêutica). Da análise comparativa entre Categorias Profissionais recorrendo ao teste de Bonferroni, os resultados sugerem ausência de diferenças significativas para as variáveis *Burnout*, *Engagement* e *Tecnostress*. No que respeita à variável Satisfação Laboral, concluiu-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre Categorias Profissionais para a dimensão da Satisfação com o Ambiente Físico. No entanto, os resultados obtidos para Satisfação com a Supervisão e Satisfação com Benefícios, sugerem, respetivamente, que os enfermeiros constituem a categoria profissional mais satisfeita com a supervisão, por oposição aos técnicos superiores, enquanto os médicos parecem constituir a categoria profissional mais Satisfeita com Benefícios, por oposição à categoria dos técnicos superiores.

Tabela 14. Comparação de médias em função da Categoria Profissional

Variável	Dimensão		Médico N=46	Enfermeiro N=219	T.D.T. N=34	T.S. N=12	F (3, 314)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	M	1.43 <sup>a</sup>	1.19 <sup>a</sup>	1.45 <sup>a</sup>	1.72 <sup>a</sup>	2.90*
		DP	1.09	0.86	1.11	1.10	
	Exaustão Emocional	M	1.96	1.63	1.79	2.44	1.66
		DP	1.41	1.13	1.35	1.08	
	Realização Pessoal	M	4.87 <sup>a</sup>	4.56 <sup>a</sup>	4.76 <sup>a</sup>	4.76 <sup>a</sup>	3.32*
		DP	1.00	0.96	0.91	.87	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	M	0.95	1.10	0.80	.63	1.71
		DP	1.10	1.12	0.80	.78	
	Fadiga	M	1.02	1.02	0.74	.84	<1
		DP	1.30	1.13	0.83	.73	
	Ansiedade	M	1.06	0.87	0.86	.63	<1
		DP	1.29	1.05	1.07	1.12	
	Ineficácia	M	1.09	0.75	0.65	.63	2.12
		DP	1.26	0.88	0.81	.68	
<i>Engagement</i>	Vigor	M	4.90	4.80	4.81	4.85	<1
		DP	0.86	0.85	0.95	.51	
	Dedicação	M	5.10	5.01	4.93	5.06	<1
		DP	0.93	0.98	1.10	.70	
	Absorção	M	4.60	4.53	4.49	4.79	<1
		DP	1.01	0.93	1.17	.90	
Satisfação Laboral	Supervisão	M	4.60 <sup>ab</sup>	5.03 <sup>a</sup>	4.51 <sup>ab</sup>	3.89 <sup>b</sup>	6.27***
		DP	1.54	1.20	1.32	1.58	
	Ambiente Físico	M	5.35 <sup>a</sup>	4.96 <sup>a</sup>	4.78 <sup>a</sup>	5.53 <sup>a</sup>	2.77*
		DP	1.00	1.25	1.54	.87	
	Benefícios	M	4.05 <sup>a</sup>	3.95 <sup>a</sup>	3.18 <sup>b</sup>	3.17 <sup>b</sup>	6.66***
		DP	1.28	1.14	1.28	1.32	
	Intrínseca	M	5.04	5.20	4.98	5.22	<1
		DP	1.25	1.02	1.02	1.00	
	Participação	M	4.75	4.96	4.69	4.79	<1
		DP	1.37	1.20	1.37	1.20	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ Nota: médias em linha com letras sobrescritas diferentes são diferentes a  $p < .05$  usando o teste de Bonferroni.

No que se refere ao Grupo Etário (Tabela 15), criaram-se dois grupos com base na mediana de idades, que corresponde a 39 anos. Com recurso ao teste  $t$  conclui-se para o *Burnout*, que o grupo de sujeitos com mais de 39 anos apresenta significativamente maior Realização Pessoal comparativamente ao grupo de sujeitos com menos de 39 anos. Esta



mesma tendência manifesta-se para o *Engagement* e Satisfação Laboral, sendo que o grupo de sujeitos com idade superior a 39 anos pontuou significativamente mais, respetivamente, nas dimensões Absorção e Satisfação com Benefícios. No que respeita ao *Tecnostress*, o grupo de sujeitos com idade superior a 39 anos pontuou significativamente mais em todas as dimensões internas desta variável (Descrença, Fadiga, Ansiedade e Ineficácia).

Tabela 15. Comparação de médias em função do Grupo Etário

Variável	Dimensão		< 39 anos N=176	> 39 anos N=163	t (336)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	M	1.37	1.19	1.79
		DP	0.90	0.97	
	Exaustão Emocional	M	1.75	1.78	<1
		DP	1.17	1.27	
	Realização Pessoal	M	4.53	4.77	2.53*
		DP	0.95	0.94	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	M	0.86	1.22	3.12**
		DP	1.01	1.15	
	Fadiga	M	0.84	1.16	2.59*
		DP	0.98	1.23	
	Ansiedade	M	0.68	1.13	3.87***
		DP	0.81	1.31	
	Ineficácia	M	0.57	1.07	4.92***
		DP	0.70	1.13	
<i>Engagement</i>	Vigor	M	4.74	4.90	1.79
		DP	0.84	0.83	
	Dedicação	M	4.97	5.09	1.10
		DP	0.95	0.95	
	Absorção	M	4.45	4.66	2.10*
		DP	0.97	0.95	
Satisfação Laboral	Supervisão	M	4.79	4.84	<1
		DP	1.32	1.33	
	Ambiente Físico	M	5.07	4.99	<1
		DP	1.23	1.23	
	Benefícios	M	3.69	3.99	2.30*
		DP	1.24	1.17	
	Intrínseca	M	5.20	5.13	<1
		DP	0.99	1.09	
	Participação	M	4.92	4.85	< 1
		DP	1.22	1.25	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Quanto aos Anos de Serviço (Tabela 16), criaram-se duas categorias: menos de 15 anos e mais de 15 anos, com base na mediana. Os resultados sugerem que sujeitos com maior tempo de serviço (superior a 15 anos) apresentam níveis de *Tecnostress* significativamente maiores em todas as suas dimensões internas. Para a Satisfação Laboral, o grupo com menos de 15 anos de serviço apresenta-se marginalmente menos Satisfeito com os Benefícios.

Tabela 16. Comparação de médias em função dos Anos de Serviço

Variável	Dimensão		< 15 anos N=	> 15 anos N=	t (337)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.37	1.20	1.65
		<i>DP</i>	0.94	0.93	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	1.78	1.75	<1
		<i>DP</i>	1.18	1.25	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.58	4.71	1.28
		<i>DP</i>	0.96	0.93	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	0.82	1.22	3.52**
		<i>DP</i>	0.94	1.19	
	Fadiga	<i>M</i>	0.83	1.14	2.63**
		<i>DP</i>	0.98	1.21	
	Ansiedade	<i>M</i>	0.67	1.10	3.78***
		<i>DP</i>	0.79	1.29	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.57	1.02	4.44***
		<i>DP</i>	0.66	1.13	
<i>Engagement</i>	Vigor	<i>M</i>	4.79	4.84	<1
		<i>DP</i>	0.83	0.85	
	Dedicação	<i>M</i>	5.03	5.02	<1
		<i>DP</i>	0.96	0.95	
	Absorção	<i>M</i>	4.55	4.55	<1
		<i>DP</i>	0.93	1.00	
Satisfação Laboral	Supervisão	<i>M</i>	4.79	4.84	<1
		<i>DP</i>	1.34	1.31	
	Ambiente Físico	<i>M</i>	5.08	4.97	< 1
		<i>DP</i>	1.24	1.22	
	Benefícios	<i>M</i>	3.71	3.95	1.85*
		<i>DP</i>	1.24	1.19	
	Intrínseca	<i>M</i>	5.21	5.12	<1
		<i>DP</i>	0.99	1.07	
	Participação	<i>M</i>	4.91	4.87	< 1
		<i>DP</i>	1.23	1.25	

\*  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Para o Tipo de Contrato de Trabalho (Tabela 17) definiram-se dois grupos: um correspondente a contrato de trabalho por tempo determinado e o outro comportando outros tipos de contrato de natureza menos vinculatória e mais precária. Os resultados não evidenciam diferenças estatísticas significativas para as variáveis dependentes em estudo.

Tabela 17. Comparação de médias em função do Tipo de Contrato de Trabalho

Variável	Dimensão		Tempo indeterminado N= 233	Outro tipo de contrato N= 85	t (310)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.27	1.33	<1
		<i>DP</i>	0.94	0.93	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	1.78	1.74	<1
		<i>DP</i>	1.21	1.24	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.66	4.61	<1
		<i>DP</i>	0.97	0.91	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	1.09	0.89	1.57
		<i>DP</i>	1.11	1.04	
	Fadiga	<i>M</i>	1.01	0.94	<1
		<i>DP</i>	1.11	1.12	
	Ansiedade	<i>M</i>	0.94	0.81	<1
		<i>DP</i>	1.10	1.10	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.82	0.77	<1
		<i>DP</i>	0.96	0.96	
<i>Engagement</i>	Vigor	<i>M</i>	4.84	4.75	<1
		<i>DP</i>	0.84	0.83	
	Dedicação	<i>M</i>	5.05	4.96	<1
		<i>DP</i>	0.96	0.92	
	Absorção	<i>M</i>	4.56	4.52	<1
		<i>DP</i>	1.00	0.89	
Satisfação Laboral	Supervisão	<i>M</i>	4.89	4.66	1.49
		<i>DP</i>	1.29	1.39	
	Ambiente Físico	<i>M</i>	4.95	5.18	1.63
		<i>DP</i>	1.26	1.15	
	Benefícios	<i>M</i>	3.87	3.75	<1
		<i>DP</i>	1.21	1.24	
	Intrínseca	<i>M</i>	5.21	5.07	1.12
		<i>DP</i>	1.02	1.06	
	Participação	<i>M</i>	4.87	4.92	<1
		<i>DP</i>	1.28	1.14	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

No que reporta a Vontade de Mudar de Profissão (Tabela 18), verificamos existirem diferenças significativas, pois o grupo que manifestou Vontade de Mudar de Profissão apresentou maiores níveis de *Burnout* (maior Despersonalização e Exaustão Emocional e menor Realização Pessoal), enquanto o grupo que responderam negativamente apresentou valores significativamente superiores em todas as dimensões do *Engagement* e da Satisfação Laboral. A mesma tendência de resultado foi encontrada para a variável Vontade de Mudar de Instituição (Tabela 19), com o grupo de sujeitos que mostrou desejo de mudança de instituição a apresentar significativamente maior *Burnout* (nas dimensões Despersonalização e Exaustão Emocional) e o grupo de sujeitos que não manifesta Vontade de Mudar de Instituição a pontuar significativamente mais no *Engagement* (nas suas três dimensões) e na Satisfação Laboral (Satisfação com a Supervisão, Satisfação com Benefícios, Satisfação Intrínseca e Satisfação com a Participação). No que se refere à Vontade de Mudar de Serviço (Tabela 20), dado o número de um grupo ser inferior a 30, para além do teste t efetuamos a comparação pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney, tendo verificado que em quase todas as dimensões coincide com o teste t. Foram encontradas diferenças significativas para o *Burnout*, apresentando o grupo de sujeitos que manifesta vontade de mudar de serviço, mais Despersonalização. Por sua vez, o grupo de sujeitos que não manifesta vontade de mudar de serviço pontuou significativamente mais nas variáveis *Engagement* (dimensão do Vigor) e em todas as dimensões da Satisfação Laboral, com exceção da dimensão Satisfação com o Ambiente Físico. Para o *Tecnostress* não foram encontradas diferenças entre grupos.

Tabela 18. Comparação de médias em função da Vontade de Mudar de Profissão

Variável	Dimensão		Sim N=52	Não N=262	t (312)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.86	1.18	4.91***
		<i>DP</i>	1.26	0.83	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	2.53	1.61	5.25***
		<i>DP</i>	1.41	1.10	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.14	4.74	4.22***
		<i>DP</i>	0.92	0.94	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	1.22	0.99	1.42
		<i>DP</i>	1.00	1.09	
	Fadiga	<i>M</i>	1.26	0.95	1.89
		<i>DP</i>	1.12	1.10	
	Ansiedade	<i>M</i>	1.00	0.87	<1
		<i>DP</i>	1.19	1.06	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.89	0.77	<1
		<i>DP</i>	0.98	0.92	
<i>Engagement</i>	Vigor	<i>M</i>	4.29	4.92	3.96***
		<i>DP</i>	1.08	0.75	
	Dedicação	<i>M</i>	4.21	5.17	5.10***
		<i>DP</i>	1.32	0.80	
	Absorção	<i>M</i>	3.94	4.68	4.09***
		<i>DP</i>	1.24	0.86	
Satisfação Laboral	Supervisão	<i>M</i>	4.42	4.91	2.44*
		<i>DP</i>	1.41	1.28	
	Ambiente Físico	<i>M</i>	4.45	5.16	3.25**
		<i>DP</i>	1.48	1.13	
	Benefícios	<i>M</i>	3.23	3.95	4.05***
		<i>DP</i>	1.32	1.15	
	Intrínseca	<i>M</i>	4.46	5.29	4.47***
		<i>DP</i>	1.28	0.94	
	Participação	<i>M</i>	4.40	4.98	3.17**
		<i>DP</i>	1.39	1.19	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela 19. Comparação de médias em função da Vontade de Mudar de Instituição

Variável	Dimensão		Sim N=67	Não N=245	t (310)
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.53	1.22	2.39*
		<i>DP</i>	1.05	0.90	
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	2.10	1.67	2.58*
		<i>DP</i>	1.34	1.15	
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.49	4.69	1.54
		<i>DP</i>	0.89	0.97	
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	1.01	1.04	<1
		<i>DP</i>	0.96	1.11	
	Fadiga	<i>M</i>	1.16	.96	1.31
		<i>DP</i>	1.24	1.07	
	Ansiedade	<i>M</i>	0.96	0.89	<1
		<i>DP</i>	1.18	1.08	
	Ineficácia	<i>M</i>	0.80	0.80	<1
		<i>DP</i>	1.01	.92	
<i>Engagement</i>	Vigor	<i>M</i>	4.42	4.92	3.76***
		<i>DP</i>	1.01	0.76	
	Dedicação	<i>M</i>	4.51	5.17	4.17***
		<i>DP</i>	1.21	0.84	
	Absorção	<i>M</i>	4.13	4.68	3.54**
		<i>DP</i>	1.19	0.84	
Satisfação Laboral	Supervisão	<i>M</i>	4.12	5.02	4.46***
		<i>DP</i>	1.52	1.19	
	Ambiente Físico	<i>M</i>	4.86	5.10	1.46
		<i>DP</i>	1.23	1.20	
	Benefícios	<i>M</i>	3.22	4.01	4.46***
		<i>DP</i>	1.33	1.10	
	Intrínseca	<i>M</i>	4.72	5.28	3.59**
		<i>DP</i>	1.17	0.98	
	Participação	<i>M</i>	4.41	5.01	3.14**
		<i>DP</i>	1.44	1.16	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela 20. Comparação de médias em função da Vontade de Mudar de Serviço

Variável	Dimensão		Sim N=29	Não N=281	t (308)	Man- Whitney U
<i>Burnout</i>	Despersonalização	<i>M</i>	1.68	1.25	2.38**	.039*
		<i>DP</i>	1.10	0.91		
	Exaustão Emocional	<i>M</i>	2.18	1.72	1.95	.132
		<i>DP</i>	1.45	1.17		
	Realização Pessoal	<i>M</i>	4.42	4.67	-1.35	.137
		<i>DP</i>	0.98	0.96		
<i>Tecnostress</i>	Descrença	<i>M</i>	1.25	0.88	1.16	.087
		<i>DP</i>	1.01	1.10		
	Fadiga	<i>M</i>	1.32	0.98	1.57	.210
		<i>DP</i>	1.27	1.09		
	Ansiedade	<i>M</i>	1.07	0.88	<1	.498
		<i>DP</i>	1.28	1.07		
<i>Engagement</i>	Ineficácia	<i>M</i>	0.74	0.80	<1	.603
		<i>DP</i>	1.03	0.93		
	Vigor	<i>M</i>	4.39	4.86	-2.32*	.010*
		<i>DP</i>	1.05	0.81		
	Dedicação	<i>M</i>	4.48	5.08	-2.14*	.083
		<i>DP</i>	1.48	0.89		
Satisfação Laboral	Absorção	<i>M</i>	4.15	4.61	-1.82	.184
		<i>DP</i>	1.33	0.90		
	Supervisão	<i>M</i>	4.29	4.88	-2.32*	.029*
		<i>DP</i>	1.46	1.29		
	Ambiente Físico	<i>M</i>	5.01	5.06	<1	.631
		<i>DP</i>	1.02	1.20		
	Benefícios	<i>M</i>	3.09	3.92	-3.63*	.001*
		<i>DP</i>	1.26	1.16		
	Intrínseca	<i>M</i>	4.67	5.21	-2.12*	.036*
		<i>DP</i>	1.32	1.01		
	Participação	<i>M</i>	4.26	4.95	-2.87**	.009*
		<i>DP</i>	1.45	1.20		

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Para obter uma visão mais abrangente das relações entre as variáveis em foco, incluindo as variáveis sociodemográficas, recorremos às regressões hierárquicas. Como variáveis-critério, seleccionámos as três dimensões do *Burnout*, dado tratar-se da variável com uma ligação directa aos problemas clínicos e que por isso nos interessava explorar os respetivos preditores. Assim, realizámos três regressões hierárquicas sobre cada uma das dimensões do *Burnout* tal como medidas pelo MBI-HSS. Para cada uma delas, inserimos no primeiro bloco sete das variáveis sociodemográficas mais relevantes, sendo que as que compreendiam mais de duas categorias, foram transformadas em *dummy variables* dicotómicas opondo a categoria com *n* maior ou mais relevante, às restantes. (Tabachnick & Fidell, 2013) Tendo em conta os resultados das análises diferenciais, não esperávamos efeitos fortes deste grupo de variáveis. No segundo bloco e terceiro bloco, inserimos dimensões da Satisfação Laboral (dimensões testadas) e *Tecnostress* (dimensões testadas), respetivamente, de forma a identificarmos o peso relativo de cada um destes fatores no *Burnout*. As sub-escalas do UWES não foram incluídas porque apresentavam todaselevada colinearidade. Do QSL-23 e do RED-TIC, foram seleccionadas as dimensões que registaram menos colinearidade. Com esta seleção, os dois primeiros blocos apresentaram, nas três regressões, colinearidade bastante baixa ( $VIF < 1.50$  e  $Tolerance > .70$ ). No 3º bloco, com as sub-escalas do RED-TIC, a colinearidade foi um pouco mais elevada nas três regressões ( $VIF < 1.94$  e  $Tolerance > .52$ ).

Na regressão tendo como variável critério, a Exaustão Emocional (Tabela 21), verificou-se que o Modelo 1, constituído pelas variáveis sociodemográficas, explica apenas 3% da variância desta dimensão do *Burnout*. Quando incluídas as dimensões internas da Satisfação Laboral, Modelo 2, verifica-se um aumento significativo do poder explicativo passando a explicar-se 22% da variância desta dimensão do *Burnout*. Aquando da inserção das dimensões internas do *Tecnostress*, Modelo 3, passa-se a explicar 30% do total de variância da Exaustão Emocional.

No respeitante à regressão hierárquica sobre a Despersonalização, a (Tabela 22) mostra que o Modelo 1, constituído pelas variáveis sociodemográficas, explica apenas 3% da variância desta dimensão do *Burnout*. Quando incluídos os fatores seleccionados da escala de Satisfação Laboral (QSL-23), Modelo 2, verifica-se um aumento significativo do poder explicativo passando-se a explicar 16% da variância da Despersonalização. Aquando da inserção da variável *Tecnostress* e suas dimensões internas, Modelo 3, passa-se a explicar 23% do total de variância desta dimensão do *Burnout*.

Por fim, no respeitante à regressão hierárquica sobre a Realização Pessoal (Tabela 23) as variáveis sociodemográficas, Modelo 1, explicam apenas 1% da variância desta dimensão.



Quando inserida as dimensões internas da Satisfação Laboral (Modelo 2) o poder preditivo aumenta para 13%. Após a inserção das dimensões internas do *Tecnostress* (Modelo 3), o poder explicativo passa a ser de 15% da variância da Realização Pessoal.

Em suma, os conjuntos de variáveis considerados predizem mais fortemente a dimensão Exaustão Emocional ( $R^2=.30$ ), seguida da Despersonalização ( $R^2=.23$ ), predizendo bastante menos a Realização Pessoal ( $R^2=.15$ ). Podemos ainda ver que a Satisfação Laboral é a variável que maior impacto tem sobre qualquer das dimensões do *Burnout*, especialmente na Exaustão Emocional e na Realização Pessoal. O *Tecnostress* também contribui consideravelmente quer para a Exaustão Emocional quer para a Despersonalização, e tem um impacto, embora estatisticamente significativo, proporcionalmente mais baixo na Realização Pessoal. As variáveis sociodemográficas têm um impacto quase negligenciável em qualquer das dimensões do *Burnout*, como aliás já tínhamos constatado atrás, nas diferenças entre as médias das categorias sociodemográficas.

Tabela 21. Coeficientes Beta para a subescala Exaustão Emocional (MBI-HSS)

	<i>Modelo 1</i>	<i>Modelo 2</i>	<i>Modelo 3</i>
Sexo (Masculino > Feminino)	.02	-.02	-.03
Idade	-.03	-.05	-.10
Escolaridade (Licenciatura > Pós-graduação)	-.03	-.04	-.04
Estado civil (Não-casado > Casado)	.16**	.16**	.15**
Atividade Profissional (Enfermeiro > Outras)	.19**	.13*	.15**
Local de trabalho (Centro Saúde > Hospital)	.04	.00	.01
Tipo de contrato (Tempo Indet. > Outros)	-.03	-.06	-.06
Sat. Supervisão (QSL-23)		-.20**	-.19**
Sat. Ambiente Físico (QSL-23)		-.13*	-.12*
Sat. Intrínseca (QSL-23)		-.25***	-.18**
Descrença (RED-TIC)			-.03
Fadiga (RED-TIC)			.29***
Ineficácia (RED-TIC)			.04
<i>F Change</i>	2.33*	26.92***	12.27***
$R^2$	.03*	.22***	.30***

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Tabela 22. Coeficientes Beta para a subescala Despersonalização (MBI-HSS)

	<i>Modelo 1</i>	<i>Modelo 2</i>	<i>Modelo 3</i>
Sexo (Masculino > Feminino)	-.07	-.10	-.12*
Idade	-.15*	-.17**	-.24***
Escolaridade (Licenciatura > Pós-graduação)	-.02	-.03	-.02
Estado civil (Não-casado > Casado)	.09	.09	.08
Atividade Profissional (Enfermeiro > Outras)	.17**	.12*	.13*
Local de trabalho (Centro Saúde > Hospital)	.06	.04	.04
Tipo de contrato (Tempo Indet. > Outros)	-.02	-.04	-.05
Sat. Supervisão (QSL-23)		-.16**	-.15**
Sat. Ambiente Físico (QSL-23)		-.07	-.06
Sat. Intrínseca (QSL-23)		-.24***	-.17**
Descrença (RED-TIC)			.01
Fadiga (RED-TIC)			.20**
Ineficácia (RED-TIC)			.13
<i>F Change</i>	2.22*	17.59***	10.61***
<i>R</i> <sup>2</sup>	.03*	.16***	.23***

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ 

Tabela 23. Coeficientes Beta para a subescala Realização Profissional (MBI-HSS)

	<i>Modelo 1</i>	<i>Modelo 2</i>	<i>Modelo 3</i>
Sexo (Masculino > Feminino)	-.03	-.01	.01
Idade	.12	.14*	.19**
Escolaridade (Licenciatura > Pós-graduação)	-.02	-.01	-.02
Estado civil (Não-casado > Casado)	-.03	-.03	-.04
Atividade Profissional (Enfermeiro > Outras)	.10*	.14*	.15*
Local de trabalho (Centro Saúde > Hospital)	-.02	.00	-.01
Tipo de contrato (Tempo Indet. > Outros)	-.01	.02	.03
Sat. Supervisão (QSL-23)		.09	.08
Sat. Ambiente Físico (QSL-23)		-.01	-.02
Sat. Intrínseca (QSL-23)		.31***	.29***
Descrença (RED-TIC)			.07
Fadiga (RED-TIC)			-.05
Ineficácia (RED-TIC)			-.18**
<i>F Change</i>	1.45	14.74***	3.80*
<i>R</i> <sup>2</sup>	.01	.13***	.15***

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ 

#### 5.4. Discussão

Tendo em consideração os objetivos formulados, recorde-se que o **objetivo 1** pretendia conhecer os níveis de *burnout*, *tecnostress*, *engagement* e satisfação laboral dos profissionais de saúde inquiridos. Os resultados obtidos são indicadores de bom estado de saúde ocupacional, pois foram encontrados níveis moderados a elevados nas variáveis positivas (isto

é, *engagement* e satisfação laboral) e níveis baixos nas dimensões associadas ao *stress* laboral, como é o caso do *burnout* e *tecnostress*. Especificamente no respeitante ao *burnout*, os resultados obtidos, comparativamente a estudos de amostras de profissionais de saúde a nível nacional, do litoral norte do país ou do Algarve, parecem indicar que estes profissionais se encontram menos afetados pelo *burnout* (Dias & Queirós, 2011; Pacheco, 2005; Queirós, 2005). Os nossos resultados corroboram os obtidos por Maroco e colaboradores (2016) no seu estudo nacional, no qual identificaram níveis baixos de *burnout*, em profissionais de saúde do distrito de Bragança. No respeitante ao *tecnostress*, os resultados obtidos são baixos e semelhantes aos encontrados por Madureira (2014) com técnicos do INEM. Num outro estudo, Teixeira (2014) comparou médicos e polícias, encontrando valores de *tecnostress* superiores no grupo de médicos, e sendo estes valores também superiores aos da nossa amostra de profissionais de saúde.

Quanto ao *engagement*, obtiveram-se resultados moderados a elevados, sendo a dimensão interna dedicação, aquela que apresenta pontuação mais elevada, à semelhança dos resultados obtidos no estudo de Pereira (2014a), muito embora os resultados obtidos no *engagement*, no estudo desenvolvido pela investigadora, fossem ligeiramente superiores, em todas as dimensões internas deste construto. Já no que respeita à satisfação laboral, os resultados obtidos parecem ser corroborados por Martins (2003), num estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem dos contextos hospitalar e dos cuidados de saúde primários, no qual se concluiu que estes profissionais se encontram globalmente satisfeitos com o trabalho.

No que respeita ao **objetivo 2**, que consiste em analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e profissionais nas variáveis dependentes, e no que se refere ao *burnout*, constatamos não existir um impacto estatístico significativo das seguintes variáveis sociodemográficas e profissionais: sexo, habilitações literárias, categoria profissional, local de trabalho e tipo de contrato e tempo de serviço. Analisando com mais detalhe, no que se refere ao sexo, o resultado obtido é corroborado pelo estudo de Matos, Veja e Urdániz (1999). Contudo, outros estudos verificaram que as mulheres tendem a apresentar maiores níveis de exaustão emocional (Benevides-Pereira, 2002; Maslach et al., 1985) e os homens tendem a apresentar maiores níveis de despersonalização (Benevides-Pereira, 2002; Maslach et al., 1985; Pacheco, 2005; Villena, Zelada, & Olcese, 2003;). No que remete para as habilitações literárias os resultados são sugestivos de pouco impacto, e na literatura os dados não são consistentes, existindo alguns estudos que apontam que indivíduos mais qualificados academicamente tendem a apresentar menores níveis de *stress* ocupacional (McIntyre,

McIntyre, & Silvério, 1999). Contudo, para Benevides-Pereira (2002) e Maslach e colaboradores (2001) seria expectável encontrar níveis de *burnout* significativamente superiores nos indivíduos com mais habilitações, justificável pelas ambições e expectativas profissionais defraudadas no contacto com a realidade do mundo do trabalho, gerando sentimentos de frustração e insatisfação. No que diz respeito ao tipo de contrato de trabalho, os resultados obtidos não apontam para a existência de diferenças mas a literatura prevê que trabalhadores com contratos de trabalho mais precários possam apresentar níveis superiores de *burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). No estudo de Loureiro e colaboradores (2008) verificaram que quanto maior a estabilidade do vínculo laboral, menor a despersonalização encontrada nesses profissionais.

As variáveis sociodemográficas e profissionais, estado civil, existência de filhos, idade, mudar de profissão e mudar de instituição e mudar de serviço apresentaram influência estatisticamente significativa sobre o *burnout*. No que respeita ao estado civil encontraram-se maiores níveis de exaustão emocional em sujeitos casados, mas na literatura não é consensual. HahnMary e Carlotto (2008) concluíram que profissionais casados apresentavam maiores níveis de *burnout*, mas Maslach e colaboradores (1985, 2001), Gil-Monte (2003) e Bauer (2006) defendem que profissionais solteiros e divorciados tendem a experimentar maiores níveis de *burnout*, sobretudo exaustão emocional. Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2003) concluíram que o estado civil não teria impacto nos níveis de *burnout* dos profissionais, mas Pines e Aronson (1988), concluíram que a qualidade da relação marital deve ser tida em linha de conta, isto é, quando apoiante e positiva, tende a constituir um fator protetor do *burnout*, lidando os indivíduos mais positivamente com situações stressantes do trabalho; já casamentos em crise ou rutura tendem a aumentar os níveis de *stress*, o que se repercute, negativamente, no contexto de trabalho. Pode-se ainda explicar o resultado obtido através do conflito trabalho-família, na medida em que trabalho e família constituem domínios principais da vida adulta, que parece exigir, aos indivíduos, uma gestão adequada dos papéis desempenhados em ambos os domínios (Pereira et al., 2014b). Fala-se em conflito trabalho família quando este equilíbrio na gestão de papéis não é conseguido, sendo um fenómeno de natureza bidirecional que enfatiza a interferência do trabalho na família e da família no trabalho (Frone, Russel, & Cooper, 1992; Netemeyer, McMurrian, & Boles, 1996; Peeters, Montgomery, Bakker, & Schaufeli, 2005). Montgomery, Panagopolou e Benos (2006) num estudo com médicos gregos de ambos os sexos e casados, concluíram que a exaustão emocional estava moderadamente correlacionada com a interferência trabalho-família, e a despersonalização moderadamente correlacionada com a interferência trabalho-

família e com a exigência emocional do trabalho, não tendo encontrado diferenças ao nível do sexo.

No que respeita à existência de filhos, os resultados apontam para níveis significativamente superiores de exaustão emocional para quem tem filhos, encontrando corroboração num estudo de Carlotto (2011a) em profissionais de saúde, no qual concluiu existirem sentimentos de culpa e ressentimento por os profissionais não conseguirem acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos devido aos exigentes horários das escalas de trabalho, o que remete para o conflito trabalho-família. No entanto, autores como Maslach e colaboradores (2001) e Benevides-Pereira (2002) mencionaram a presença de níveis mais elevados de *burnout* nos profissionais sem filhos por serem menos maduros, menos competentes na resolução de conflitos e problemas e terem apresentam uma perspetiva menos realista sobre a vida.

Para a variável idade verificamos que o grupo de sujeitos com idade superior a 39 anos pontuou significativamente mais na realização pessoal e apresenta menos *burnout*, o que constitui um indicador de baixo *burnout*, resultado suportados por Adali e colaboradores (2003), em que profissionais mais velhos tendem a ter êxito perante a pressão do trabalho. Maslach e colaboradores (2001) e Benevides-Pereira (2002) também afirmam que o nível de *burnout* tende a ser maior em profissionais mais jovens, principalmente entre aqueles que ainda não atingiram os 30 anos de idade, e Oliveira e Pereira (2012), num estudo português desenvolvido com enfermeiros, concluíram que enfermeiros mais novos apresentam níveis mais baixos de realização pessoal. Uma possível explicação para este resultado remete para o facto de a síndrome de *burnout* ser desenvolvida nos primeiros anos de prática profissional, sendo que os profissionais de saúde que não conseguem adaptar-se e ultrapassar estas dificuldades, tendem a abandonar a profissão. Isto é, os profissionais mais velhos poderão constituir o grupo de “resistentes” que conseguiram ultrapassar as dificuldades iniciais e superar o *burnout* (Maslach et al., 2001). Outros autores sugerem que a menor idade remete para falta de competências na resolução de problemas e situações do dia-a-dia em contexto de trabalho, para o “choque” resultante do contacto destes jovens com o mundo do trabalho, e para deficitárias estratégias de *coping* para fazer face às adversidades, por falta de experiência profissional (Ahola et al., 2006; Duchscher, 2009; Ghorpade, Lackritz, & Singh, 2007; Patrick & Lavery, 2007).

No que reporta à vontade de mudar de profissão, de instituição e de serviço os profissionais que responderam afirmativamente, apresentaram maiores níveis de *burnout*, o

que é corroborado por outros estudos sobre *burnout* e intenção de saída ou abandono da profissão (Huang, Chuang, & Lin, 2003; Maslach et al., 2001).

No que respeita aos resultados obtidos no *engagement*, para as variáveis sociodemográficas e profissionais sexo, habilitações literárias, estado civil, existência de filhos, local de trabalho, categoria profissional e tipo de contrato de trabalho, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, apesar de a literatura prever diferenças. Quanto ao sexo, Schaufeli e Bakker (2003) verificaram que, apesar de os homens pontuarem valores mais altos no total do *engagement*, na prática esta diferença não possuía significância. Em estudos posteriores, Schaufeli, Bakker e Salanova (2006) não encontraram associação entre sexo e *engagement* em profissionais australianos, canadianos e franceses, tendo no entanto detetado níveis superiores de *engagement* no sexo masculino, em amostras de profissionais belgas, alemães, finlandeses e noruegueses. No que respeita à existência de filhos, de acordo com a literatura o *engagement* tende a apresentar uma correlação positiva com a existência de filhos, embora, segundo Bakker, Demerouti, e Schaufeli (2005) não se verifique esta mesma tendência correlacional entre *engagement* e o número de filhos.

No que reporta às variáveis sociodemográficas e profissionais idade, mudar de profissão, mudar de instituição e mudar de serviço, verificou-se que influenciam o *engagement*. Na idade, os resultados apontam para maiores níveis de *engagement* no grupo de sujeitos com idade superior a 39 anos de idade, e a literatura indica que indivíduos mais velhos tendem a apresentar níveis superiores nesta variável (Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006; Pitt-Catsoupes & Matz-Costa, 2008; James, McKechnie, & Swanberg, 2011). Contudo, Schaufeli e Bakker (2003) verificaram que a relação entre a idade e o *engagement* é positiva, porém muito fraca. No referente à variável tempo de serviço total não existem diferenças significativas, mas os com mais de 15 anos pontuam ligeiramente superior na subescala vigor, sem significância estatística. De acordo com a literatura, profissionais mais velhos tendem a apresentar maiores níveis de *engagement*. O tempo de serviço não pode ser totalmente dissociado da idade na medida em que profissionais mais velhos tendem a apresentar mais anos de serviço e maior experiência profissional. Em estudos desenvolvidos com enfermeiros, Bamford e colaboradores (2013), Palmer e colaboradores (2010) e Rivera e colaboradores (2011) reportaram a existência de uma relação de associação positiva entre o tempo de serviço e o *engagement* no trabalho. No respeitante às variáveis mudar de profissão, instituição e serviço o grupo de sujeitos que responderam negativamente, apresentaram valores significativamente superiores, em todas as dimensões do *engagement*, o que está de acordo com o previsto na literatura, na medida em que indivíduos motivados para o trabalho

tendem a apresentar menor intenção de abandono e saída dos seus postos de trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004), apresentando maior comprometimento com o trabalho e com a organização (Hakanen et al., 2006; Llorens et al., 2006).

No que reporta à satisfação laboral, os resultados sugerem a inexistência de diferenças estatisticamente significativas por influência das variáveis sociodemográficas sexo, habilitações literárias, estado civil e tipo de contrato de trabalho. Através da revisão da literatura concluiu-se a inexistência de consenso no que respeita ao impacto do sexo nos níveis de satisfação laboral dos indivíduos, pois alguns estudos têm vindo a concluir que as mulheres se apresentam mais satisfeitas com o trabalho, ao passo que outros concluem no sentido inverso (Clark, 1996). Herzberg e colaboradores (1957), Agapito e Sousa (2010), Azevedo (2012) e Matos (2012) concluíram que o sexo não teria um grande impacto explicativo da satisfação laboral. Santos (2005) concluiu que as habilitações literárias não apresentavam significativa influência na satisfação laboral, resultado posteriormente corroborado por Azevedo (2012) e Matos (2012). O estudo de Agapito e Sousa (2010) vem corroborar os resultados obtidos para o efeito do vínculo de trabalho nos níveis de satisfação laboral, pois num estudo com profissionais (administrativos e auxiliares de ação médica) de uma instituição de saúde pública portuguesa, concluíram que a natureza do vínculo de trabalho não apresentava uma relação estatística significativa com a satisfação laboral.

Os resultados obtidos apontam para níveis superiores de satisfação laboral em sujeitos com filhos, mais velhos e com maior tempo de serviço, e sem vontade de mudar de profissão, instituição ou serviço. Interpretando estes resultados à luz da literatura disponível, verifica-se, no que reporta à idade que é identificada enquanto variável influente na satisfação laboral (Francês, 1980). No nosso estudo identificamos a presença de maiores níveis de satisfação laboral, especificamente na dimensão satisfação com benefícios, no grupo de indivíduos com idade superior a 39 anos, o que parece estar de acordo com a literatura, na medida em que indivíduos mais jovens tendem a sentir-se menos satisfeitos com o trabalho, prevendo-se uma correlação positiva entre a idade e a satisfação laboral (Batista e colaboradores, 2010; Clark, 1996; Joyce et al., 2011; Nylenna & Aasland, 2010; Yamashita, 1995). Trabalhadores mais jovens tenderem a assumir, nas organizações, funções menos relevantes e ocuparem posições hierárquicas inferiores. Contudo os dados da literatura não são unânimes, existindo estudos que referem os jovens como sendo os mais satisfeitos com o trabalho e outros, que indicam este grupo etário como o menos satisfeito (Chiavenato, 2005; Cunha 2006; Newstrom, 2008). Já no que respeita ao impacto do tempo de serviço na satisfação laboral, os resultados, embora sem significância estatística, apontam níveis marginalmente superiores no grupo de sujeitos

com maior tempo de serviço, o que parece estar de acordo com a literatura, por associação à variável idade. Como referido anteriormente, indivíduos mais velhos tendem a apresentar-se mais satisfeitos com o trabalho, indivíduos estes que, inerentemente à idade, tendem a ter mais anos de serviço e a serem mais experientes nas funções que desempenham, o que é coerente com os resultados de Kavanaugh e colaboradores (2006) em estudos com profissionais de saúde. Estes autores consideram que a satisfação profissional oscila ao longo dos anos de profissão culminando num nível de satisfação significativamente superior em profissionais com quinze ou mais anos de serviço. Os sujeitos com filhos pontuaram superiormente na dimensão satisfação com benefícios, resultado que poderá ser parcialmente explicado com base na legislação que regulamenta os direitos do trabalhador com filhos menores, a qual prevê licença parental inicial por nascimento de filho, dispensa para aleitação, direito a trabalhar com horário flexível com filho menor de 12 anos, direito de faltar ao trabalho para assistência aos filhos menores, em caso de doença, entre outros, etc. Quanto ao impacto das variáveis vontade de mudar de profissão, de instituição ou de serviço, na satisfação laboral, os resultados obtidos são corroborados por estudos que associam a intenção de abandono da instituição (*turnover*) à insatisfação laboral Lawler e Porter (1967, in Neves, 1998; Martinez, 2002; Visser, Breed & Van Breda, 1997). No que respeita à satisfação laboral em função da categoria profissional, os resultados sugerem que os enfermeiros constituem a categoria profissional mais satisfeita com a supervisão, por oposição aos técnicos superiores. Por sua vez, os médicos parecem constituir a categoria profissional mais satisfeita com benefícios, por oposição à categoria dos técnicos superiores. Para os enfermeiros, liderança e supervisão assumem-se como áreas de importância extrema, uma vez que uma equipa, para funcionar a um nível ótimo, necessita de um líder, com a capacidade de influenciar, cada elemento, no sentido da consecução dos objetivos. Everly e Falcione (1976, in Lucas, 1984) concluíram como componente mais significativa para a satisfação laboral, a relação do profissional com o líder da equipa de trabalho. Estudos portugueses com enfermeiros (Ferreira & Sousa 2006; Loureiro et al., 2007) vieram reforçar a importância da liderança e supervisão na profissão da enfermagem. Ainda neste domínio, Menezes (2010) concluiu que a satisfação com a supervisão é maior com líderes orientados para as relações e não para a tarefa, sendo que os enfermeiros valorizam a comunicação, envolvimento, relacionamento e feedback por parte do líder ou supervisor. Já no que respeita aos médicos, os resultados são sugestivos de que estes profissionais constituem o grupo mais satisfeito com benefícios, este resultado poderá ser explicado talvez pelo seu estatuto social e autonomia, por oposição às restantes categorias profissionais.



No que reporta aos níveis de satisfação laboral em função do local de trabalho, verifica-se que profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários se apresentam significativamente mais satisfeitos, o que poderá ser explicado com base nas características dos respetivos contextos organizacionais. Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas (Glouberman & Mintzberg, 2001), representando a forma mais difícil de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989), envolvendo um intenso uso de recursos humanos, capital e tecnologias da informação que desempenham um papel fundamental para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados e representam um importante suporte para a integração dos diferentes níveis de cuidados e para a centralidade no doente. Os centros de saúde do distrito de Bragança, pese embora integrados em estruturas de maior dimensão, apresentam direções e chefias próprias, bem como um funcionamento relativamente autónomo. Entre outras funções, compete aos cuidados de saúde primários, nos quais se inserem os centros de saúde, a promoção da saúde, a educação para a saúde e ainda a prestação de cuidados de saúde primários, o que parece proteger estes profissionais da exposição a maiores riscos psicossociais, que se poderá traduzir no aumento dos níveis de satisfação laboral.

No respeitante ao *tecnostress*, não se verificou impacto estatístico significativo das variáveis sexo, habilitações literárias, estado civil e vontade de mudar de profissão, instituição, serviço sobre esta variável dependente. No que respeita ao efeito das variáveis idade, tempo de serviço, existência de filhos e local de trabalho, verificou-se, respetivamente, níveis estatisticamente superiores de *tecnostress* em profissionais mais velhos, com mais tempo de serviço e com filhos, que se encontram em exercício de funções em contexto hospitalar. A interpretação dos resultados obtidos remete-nos para dados da literatura, que embora não sejam totalmente unânimes, apontam para maiores níveis de *tecnostress* em indivíduos mais velhos e com mais tempo de serviço. Garde e colaboradores (2006) identificaram maior dificuldade e resistência à utilização das TIC por profissionais de saúde mais velhos. Por sua vez, Tu, Wang e Shu (2005) concluíram que o *tecnostress* aumenta a partir dos 35 anos, facto que explicam pela diminuição da capacidade de aprendizagem, com o aumento da idade. No respeitante ao local de trabalho os resultados obtidos poderão ser interpretados à luz da maior tecnologização dos contextos hospitalares, comparativamente com os cuidados de saúde primários, pois à organização hospitalar, compete assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados. Além da implementação das TIC, que se traduz em aplicações informáticas para registos clínicos e monitorização de informação diversa, prevê a utilização, pelo profissionais, de aparelhos e maquinaria tecnológica para prestação de

cuidados aos utentes. Esta exigência pode implicar, para os profissionais, um esforço adicional de atualização e de mestria na utilização dos meios tecnológicos. Schaufeli, Keijsers e Reis Miranda (1995) e Lautert (1997, in Rosa & Carlotto, 2001) concluíram que o uso intensivo de tecnologia sofisticada por profissionais diferenciados em unidades de cuidados intensivos, associado ao rápido desenvolvimento tecnológico, têm contribuído para o aumento do *tecnostress*. Níveis significativamente superiores de *tecnostress* encontrados no grupo de sujeitos com filhos poderá ser explicado com base no modelo das exigências e recursos no trabalho JD-R (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001), o qual implica que quem tem filhos tenha maior exigência de tarefas e conflito de papéis (família-trabalho), e como tal, o investimento de tempo e recursos com os filhos deixa pouco espaço para se dedicarem à continua atualização e mestria que as utilização das TIC em contexto laboral exigem.

O **objetivo 3** consiste em analisar as relações entre as variáveis dependentes, bem como o seu valor preditivo. No que diz respeito às análises correlacionais, os resultados obtidos parecem estar de acordo com o previsto na literatura. Ou seja, *burnout* e *engagement* encontram-se fortemente correlacionados, sendo esta correlação de natureza negativa, o que sugere a independência de construtos baseada na existência de uma relação de associação moderada a forte, mas não perfeita (Bakker et al., 2008). A ideia de independência de construtos é apoiada por vários (Duran, Extremera & Rey, 2004; Schaufeli et al., 2001) e valida uma perspetiva individualizada do *engagement* enquanto fenómeno “com vida própria”, bem como o desenvolvimento de instrumentos específicos para a sua avaliação. Os nossos resultados são corroborados ainda por estudos que encontraram profissionais com maior exaustão e despersonalização a apresentarem menos vigor, dedicação e absorção no trabalho (Maslach & Leiter, 1999; Salanova et al., 2000). Amostras diversas de profissionais de saúde corroboram os resultados obtidos no que respeita à relação entre *burnout* e *engagement* (Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2002a, 2002b; Schaufeli & Salanova, 2007; Steinberg, 2017; Upadyaya et al., 2016). Igualmente de acordo com o previsto na literatura estão os resultados obtidos para a correlação entre o *burnout* e a satisfação laboral, sendo que obtivemos expressivas associações negativas (Jardim et al., 2004; Maslach, 2006). Já no que se refere à análise de regressão, das três dimensões do *burnout*, é sobre a exaustão emocional que a satisfação laboral e *tecnostress* apresentam maior poder preditivo. No que respeita ao efeito do *tecnostress* no *burnout*, estes resultados são corroborados por estudos de Ayyagari e colaboradores (2011) e Ragu-Nathan e colaboradores (2008). Quanto à relação entre a satisfação laboral e *burnout*, Jardim e colaboradores (2004) concluíram que a satisfação laboral é uma variável preditora do burnout. Verificou-se, para a exaustão

emocional, que a satisfação laboral e o *tecnostress* constituem variáveis preditoras desta dimensão interna do *burnout*, isto é, o aumento da fadiga faz prever o aumento da exaustão emocional, ao passo que a satisfação com a supervisão, satisfação com o ambiente físico e satisfação intrínseca diminuem a exaustão emocional. Estas três dimensões da satisfação laboral predizem razoavelmente e em conjunto com a dimensão fadiga do *tecnostress*, a despersonalização. Já no que respeita à realização pessoal, verifica-se que a satisfação laboral apresenta maior poder preditor, seguida do *tecnostress*, sendo que as variáveis sociodemográficas apresentam pouco poder preditivo.

Da mesma forma, os resultados obtidos para a associação entre *engagement* e satisfação laboral são os esperados e referidos na literatura, isto é, uma associação de correlação positiva (Alarcon & Edwards, 2011; Salanova, Agut e Peiró, 2005; Salanova et al., 2000).

Já no que remete para o *tecnostress* e sua relação com as restantes variáveis em estudo, verifica-se a existência de associação de correlação positiva com o *burnout*, à exceção da subescala de realização pessoal, sendo esta correlação especialmente forte na subescala da exaustão emocional, dimensão central do *burnout*. De acordo com a literatura, trata-se de uma relação de associação esperada entre dois fenómenos de stress ocupacional. Kinman e Jones (2005), e Korunka e Vitouch, (1999) associaram a informatização dos contextos de trabalho a elevados níveis de stress nos trabalhadores, Harper (2000) concluiu que o *tecnostress* pode levar ao *burnout* e Oluwole (2013), Eck (2005) e Salanova e Llorens (2009) concluíram a existência de uma relação de associação positiva entre *burnout* e *tecnostress*. Relativamente à relação do *tecnostress* com o *engagement* e satisfação laboral, obtivemos correlação negativas, resultado corroborado por Eck (2005), que concluiu que o *tecnostress* diminui os níveis de *engagement* ao trabalho. Tarafdar e colaboradores (2007), Ragu-Nathan e colaboradores (2008) e Ayyagari e colaboradores (2011) reportaram a existência de uma associação negativa entre o *tecnostress* e a satisfação laboral.

## **5.5. Conclusões**

No sentido de estruturar este capítulo de acordo com os seguintes (estudos já publicados em formato de artigo), para dar coerência à tese, optamos por apresentar as conclusões em função dos objectivos e não das hipóteses descritas na metodologia (Capítulo IV), retomando as mesmas na Conclusão da tese. Assim, no que se refere aos objectivos formulados, podemos concluir que os níveis de *burnout* e *tecnostress* são baixos, e os níveis de *engagement* e satisfação laboral são moderados a altos. No que concerne ao efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais, conclui-se que o sexo, habilitações literárias e tipo de

contrato de trabalho não constituem variáveis estatisticamente influentes nas dependentes em estudo. Já no que respeita à variável estado civil, apresenta impacto estatístico significativo apenas sobre o *burnout*, sendo os sujeitos casados os mais afetados. A existência de filhos influi significativamente no *burnout* (mais baixo em indivíduos com filhos, sendo variável protetora), satisfação laboral (sujeitos com filhos apresentam-se mais satisfeitos com os benefícios e políticas da organização) e *tecnostress* (sujeitos com filhos apresentam-se mais afetados na dimensão ineficácia). O local de trabalho demonstra que o contexto hospitalar tem maiores níveis de *tecnostress* e menores níveis de satisfação laboral, enquanto a categoria profissional não tem diferenças significativas, entre categorias no *burnout*, *engagement* e *tecnostress*, mas os enfermeiros constituem a categoria profissional mais satisfeita com a supervisão, enquanto os médicos estão mais satisfeitos com benefícios, e os técnicos superiores são os menos satisfeitos. O grupo etário revelou-se significativamente influente em todas as variáveis dependentes e o grupo de sujeitos mais velhos (com idade superior a 39 anos) apresenta maior realização pessoal, menor *burnout*, maior *engagement*, *tecnostress* e satisfação laboral. A variável anos de serviço teve impacto apenas ao nível do *tecnostress*, com o grupo de sujeitos mais velhos a pontuar mais. A variável mudar de profissão, mudar de instituição e mudar de serviço revelaram-se influentes em todas as variáveis dependentes, à exceção do *tecnostress*, isto é, o grupo de indivíduos com desejo de mudança profissional, institucional e/ou de serviço, apresentam maior *burnout*, menor *engagement* e menor satisfação laboral.

Constatamos, ainda, existirem relações entre as variáveis dependentes, com correlações previsíveis segundo a literatura dominante da área. O *burnout* apresenta correlação positiva com o *tecnostress* e negativa com as restantes variáveis. O *engagement* apresenta uma associação positiva com a satisfação laboral e negativa com *burnout* e *tecnostress*. Também a satisfação laboral apresenta associação negativa com *burnout* e *tecnostress*. No âmbito da análise de regressão, no que respeita ao impacto das variáveis selecionadas sobre o *burnout*, as variáveis sociodemográficas apresentam menor poder preditivo comparativamente com as variáveis satisfação laboral e *tecnostress*.

Como síntese desta caracterização geral da amostra de profissionais de saúde da ULS-NE, apresentamos as Figuras 6 e 7 e avançamos, de seguida para a apresentação de estudos empíricos mais aprofundado sobre a relação das variáveis em estudo.

Figura 6. Esquema síntese dos resultados de caracterização geral

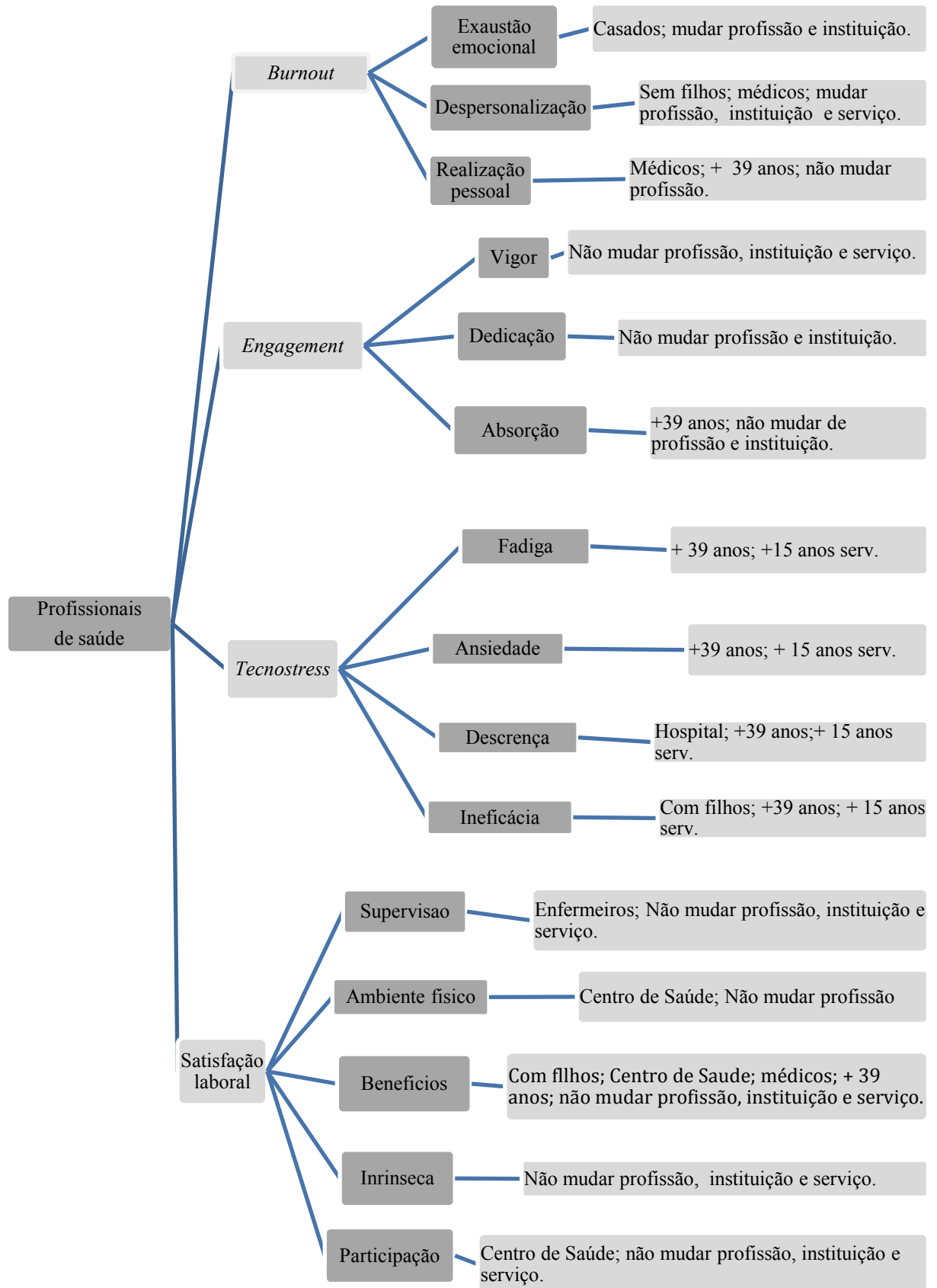
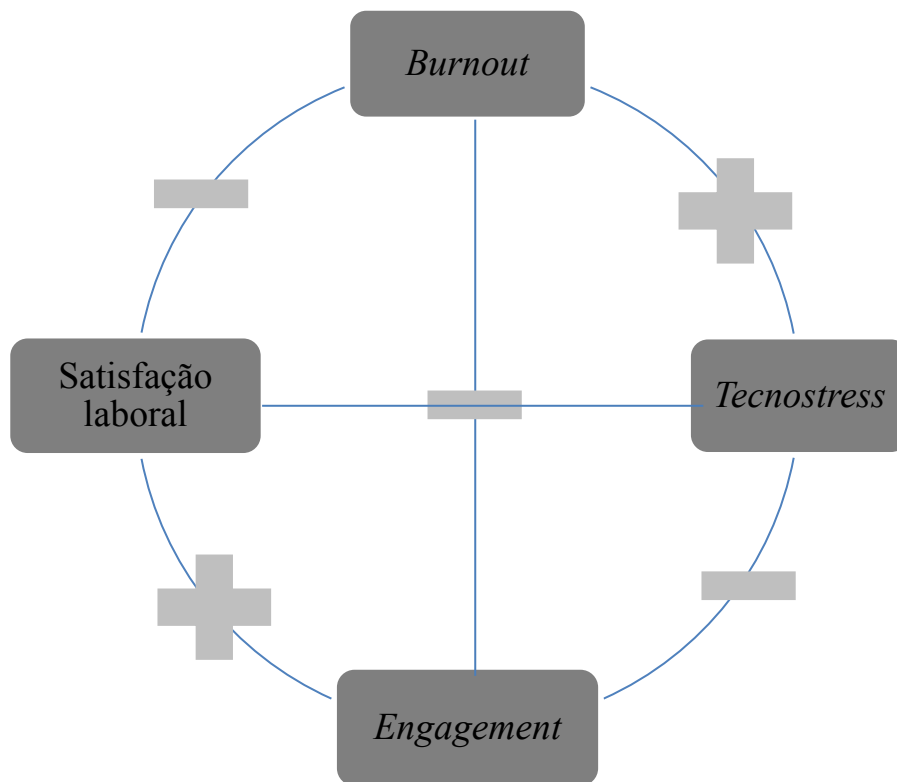


Figura 7. Esquema síntese das correlações encontradas



**CAPÍTULO VI**

**ESTUDO 2: *BURNOUT* E *ENGAGEMENT* EM PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE DO INTERIOR-NORTE DE PORTUGAL <sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup> Este capítulo corresponde ao artigo publicado:

Silva, M., Queiros, C., Cameira, M., Vara, N. & Galvão, A. (2015). *Burnout e Engagement* em Profissionais de Saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3),286-299.

PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2015, 16(3), 286-299  
EISSN - 2182-8407  
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - [www.sp-ps.com](http://www.sp-ps.com)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160302>

### BURNOUT E ENGAGEMENT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO INTERIOR-NORTE DE PORTUGAL

Melani Silva<sup>1,2</sup>, Cristina Queirós<sup>1,2,3</sup>, Miguel Cameira<sup>1,2</sup>, Natália Vara<sup>2,3</sup>, & Ana Galvão<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, <sup>2</sup>Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSPIPP, <sup>3</sup>Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

**RESUMO:** Os profissionais de saúde são trabalhadores com motivação e vocação para ajudar os outros. Contudo, também apresentam elevado stress provocado pelo trabalho, pois lidam com o sofrimento alheio, sendo frequentemente esquecidos no que se refere à sua saúde ocupacional. A literatura recente tem investigado os níveis de stress no trabalho, sobretudo quando este se transforma já em *burnout*, bem como os níveis de motivação (*engagement*) dos profissionais de saúde, existindo a consciência de que a diminuição do bem-estar destes profissionais pode ter consequências graves no cuidado que prestam aos utentes e na qualidade do serviço da instituição. Em Portugal, a investigação sobre este tema recolhe dados geralmente nas instituições de saúde das grandes cidades, sendo difícil conhecer a realidade dos profissionais de zonas mais afastadas, como é o caso do interior-norte de Portugal. Pretendem-se conhecer os níveis de *engagement* e *burnout* de uma amostra de 258 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, radiologistas, fisioterapeutas e psicólogos) do interior-norte de Portugal, bem como a relação entre estas duas variáveis, através do Maslach Burnout Inventory e da Utrecht Work Enthusiasm Scale. Os resultados indicaram níveis elevados de *engagement* em todas as dimensões, enquanto no *burnout* foram encontrados níveis baixos de exaustão emocional e despersonalização, inferiores aos do litoral. As correlações entre *burnout* e *engagement*, apesar de significativas, sugerem que estes dois conceitos são independentes e não o oposto de um contínuo emocional, explicando, o *engagement* entre 12% a 29% do *burnout*, enquanto as variáveis sociodemográficas explicam apenas 2% a 8% do *burnout*.

**Palavras-chave:** profissionais de saúde, *burnout*, *engagement*, saúde ocupacional, interior-norte.



Neste capítulo, pretende-se aprofundar a relação entre *engagement* e *burnout* de profissionais de saúde do interior-norte de Portugal, por comparação com profissionais do litoral, e identificar a relação entre estas duas variáveis no sentido de verificar se constituem extremos opostos de um estado emocional contínuo. Encontra-se organizado de acordo com o conteúdo já publicado na revista.

## 6.1. Introdução

Na última década, diferentes profissões têm sido alvo de investigação no âmbito da saúde ocupacional, seja no domínio dos fatores de *stress* e riscos psicossociais, seja pela sua motivação e empenho no trabalho (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014; European Agency for Safety and Health at Work, 2013, 2014b; Maslach, 2011). O *stress* laboral dos profissionais de saúde também tem sido estudado (Jenkins & Elliot, 2004), nomeadamente no que se refere ao fenómeno do *burnout*, ou ao que alguns autores consideram ser um fenómeno oposto, o *engagement* (Maslach, 2011).

Na década de 70, Freudenberger (1974, p.162) identificou um tipo de *stress* em particular associado ao trabalho, designando-o como *Burnout*, definindo-o como “*estado de fadiga ou frustração surgido pela devoção a uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada*”. Mais tarde, Maslach e Leiter (1997, p.17) salientaram o perigo do desgaste progressivo do qual é difícil sair, definindo o *burnout* como “*the dislocation between what people are and what they have to do. It represents an erosion in values, dignity, spirit, and will – an erosion of the human soul*”.

O fenómeno do *stress* laboral merece, então, um olhar atento, sobretudo quando falamos do estágio último e crónico de *stress* profissional – o *burnout* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), pois já em 2013 a *European Agency for Safety and Health at Work* concluiu que 51% dos profissionais da União Europeia referem a existência de *stress* nos seus contextos de trabalho, número que tem vindo a crescer, desde 2010 e que suscitou por esta entidade, em 2014 a campanha de “*Locais saudáveis de trabalho*”, também divulgada em Portugal (Zoio et al. 2014).

O *burnout* caracteriza-se por três dimensões independentes, embora relacionadas entre si: exaustão emocional (corresponde a um estado de esgotamento emocional, de desvitalização física e psicológica), despersonalização (caracteriza-se por atitudes e comportamentos de distanciamento, frieza, cinismo, desprezo e evitamento para com o trabalho e para com as pessoas associadas ao contexto laboral) e baixa realização pessoal no trabalho (dimensão caracterizada por sentimentos de ineficácia profissional e de

desmotivação, em que os indivíduos interpretam como altamente exigentes, novas tarefas e projetos). Profissões que implicam contacto direto com o público, como é o caso dos profissionais de saúde, são apontadas como sendo as mais vulneráveis ao desenvolvimento de síndrome de *burnout* (Maslach et al. 2001). Pela natureza do trabalho desenvolvido, estes profissionais têm contactos diretos e constantes com outros seres humanos, não raras vezes em sofrimento físico e/ou emocional, face ao qual estes profissionais não conseguem ser totalmente indiferentes (Gómez Gascón et al. 2013). Além disso, são forçados a adaptarem-se ao sistema de saúde, geralmente desumanizado e despersonalizado (Abranches, Morufuse, & Napoleão, 2005).

Dados recentes (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014) classificam os desencadeadores do *burnout* em dois grandes grupos de fatores: fatores situacionais (características organizacionais ou inerentes ao trabalho desenvolvido) e fatores individuais (características pessoais e de personalidade). No que se refere aos fatores situacionais, Greenglass, Burke e Fiksenbaum (2001) citam vários estudos que demonstram que a sobrecarga de trabalho é um dos agentes stressores mais significativos, quer se trate de cuidados intensivos, de cirurgia ou de serviços gerais. O *burnout* pode então ser encarado como resultado do *stress* crónico, típico do quotidiano do trabalho, principalmente quando neste existem pressões excessivas, conflitos, baixas recompensas emocionais e pouco reconhecimento.

Relativamente aos fatores individuais, no que se refere aos traços de personalidade, estudos apontam relação positiva entre neuroticismo e *burnout* e relação negativa entre *burnout* e os traços de amabilidade, conscienciosidade e extroversão (Alarcon et al. 2009). Para as variáveis sociodemográficas, embora a influência não seja consensual, os resultados apontam para risco de níveis superiores de *burnout* nos indivíduos solteiros (Maslach et al. 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998) por oposição a casados ou divorciados. A variável género surge geralmente no sentido de indicar as mulheres como mais vulneráveis ao *burnout* pela exaustão emocional, mas outros apontam os homens como mais vulneráveis á despersonalização (Maslach et al. 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). No que se refere às habilitações literárias, os estudos sugerem a presença de maiores níveis de *burnout* em profissionais com maior grau de formação académica, possivelmente pelo acumular de mais responsabilidades na profissão (Ihan et al. 2007; Maslach et al. 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). De todas as variáveis sociodemográficas estudadas, a idade parece ser, consensualmente, a que se associa mais consistentemente ao *burnout*, pois indivíduos mais jovens apresentam maior probabilidade de *burnout* relativamente aos mais velhos, o que

parece estar associado às expectativas iniciais, que em profissionais em início de carreira tendem a ser desfasadas e pouco realistas (Maslach et al. 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Não obstante, pela definição clássica de *burnout*, seriam também os profissionais no meio da carreira que apresentariam maiores níveis, pelo esgotar progressivo dos seus recursos (Maslach et al. 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998).

No que se refere aos profissionais de saúde, tendo em consideração diferentes grupos profissionais, a exaustão emocional parece ser significativamente mais elevada nos médicos relativamente aos outros profissionais de saúde (Frasquilho, 2005), mas segundo estudos epidemiológicos europeus, o *burnout* afeta aproximadamente 25% de enfermeiros, existindo referência ao fato de os psicólogos também experienciarem *burnout* (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Queirós, 2005).

O aparecimento da corrente teórica da Psicologia Positiva veio proporcionar uma mudança de foco, passando-se da perspetiva tradicional centrada na doença para a adoção de uma visão de bem-estar e funcionamento ótimo. Um dos conceitos emergentes da Psicologia Positiva é o *engagement*, definido por Schaufeli e Salanova (2007, 2014) como motivação, entusiasmo e compromisso com o trabalho, expressos em três componentes: vigor (energia, resistência mental, esforço e persistência no trabalho face às adversidades), dedicação (extrema envolvimento no trabalho, entusiasmo inspiração e mudança) e por último absorção (completa concentração e imersão no trabalho). O *engagement* no trabalho tem benefícios a nível individual mas também a nível organizacional, por se tratar de um estado positivo que possibilita e facilita o uso dos recursos, estando intimamente ligado ao desenvolvimento da organização e estimulando os resultados individuais e organizacionais.

À semelhança do *burnout*, também o *engagement* é influenciado por diversos fatores de natureza situacional ou individual (Bakker et al. 2014), constituindo os recursos laborais os mais relevantes preditores do *engagement* no trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004). Aspetos da personalidade como extroversão, otimismo, estabilidade emocional e autoestima constituem também características que influenciam a forma como os indivíduos se envolvem no trabalho (Bakker et al. 2014). Os estudos convergem na deteção de fatores potenciadores do *engagement*, realçando o apoio social e recursos pessoais como elevada autoestima e autoeficácia, otimismo e resiliência (Bakker et al. 2007; Prins et al. 2010).

Apesar de ter inicialmente sido referido que o *burnout* e *engagement* são dois polos extremos de um estado emocional contínuo (Bakker et al. 2007), estando o *burnout* no polo negativo e o *engagement* no polo positivo, esta ideia encontra oposição noutra linha de

pensamento, que conceptualiza o *engagement* como antítese do *burnout*, sendo estes conceitos independentes (Schaufeli & Salanova, 2007, 2014).

No que diz respeito ao *engagement* nos profissionais da saúde, o número de estudos publicados é francamente inferior ao que se encontra no domínio do *burnout* (Burke et al. 2012), sendo habitualmente médicos e enfermeiros referidos como tendo elevado níveis de *burnout* (Maslach et al. 2001) mas também de *engagement* (Schaufeli & Bakker, 2004). Um estudo recente concluiu que cuidadores formais de idosos Portugueses apresentam-se *engaged* no trabalho e não parecem estar em risco de *burnout* (Monteiro, Queirós, & Marques, 2014).

Alguns estudos internacionais concluem que profissionais de oncologia preferem adotar uma postura de distanciamento emocional que os ajude a lidar com as exigências emocionais a que estão sujeitos (Maslach et al. 2001), enquanto outros concluíram que profissionais do sexo masculino estavam mais *engaged* com o trabalho (Prins et al. 2010).

Em Portugal, alguns estudos têm vindo a ser desenvolvidos no âmbito do *burnout* e *engagement* em profissionais de saúde (Campos, Trotta, Bonafé, & Maroco, 2010; Queirós, 2005) com recolhas predominantes em grandes centros urbanos (Lisboa e Porto), sendo menos acessível o conhecimento da realidade dos profissionais de zonas mais afastadas, como é o caso do interior-norte de Portugal.

O litoral, que compreende as principais zonas costeiras portuguesas, está associado a maior aglomeração populacional, a desenvolvimento e competitividade. O conceito de interior surge, em contraposição, à representação previamente descrita e, já em 1999, Mendes desenvolveu um estudo com o objetivo de compreender os fatores que estão na origem da diferença de competitividade entre regiões portuguesas, tendo concluído que as cidades do litoral pareciam apresentar vantagem absoluta nas dimensões desemprego, poder de compra e clima social, enquanto as cidades de interior apresentavam menor criminalidade, poluição e custo de habitação, bem como menor mobilidade e serviços. Mais tarde, em 2006, a *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* colocou em foco campanhas centradas nas diferenças geográficas (zonas rurais/ zonas urbanas) do continente europeu, tendo como unidade de análise diversos indicadores. No que se refere a Portugal, as principais diferenças encontradas reportam ao nível de escolaridade, significativamente superior nos meios urbanos. Já o *stress* laboral percebido parece ser menor no meio rural, com diferenças de género, beneficiando as mulheres. O número de horas de trabalho semanal surge como sendo superior nos meios rurais, mas parece existir no meio rural também mais tempo de contacto com familiares diretos (filhos e pais).

Este estudo pretende contribuir para o tema da saúde ocupacional através do conhecimento dos níveis de *engagement* e *burnout* de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, radiologistas, fisioterapeutas e psicólogos) do interior-norte de Portugal por comparação com profissionais do litoral, bem como identificar a relação entre estas duas variáveis no sentido de verificar se constituem extremos opostos de um estado emocional contínuo.

## **6.2. Método**

### **6.2.1. Participantes**

Os dados foram recolhidos durante o ano de 2013 junto de 258 profissionais de saúde que desempenham diferentes atividades, sendo 11% médicos, 73% enfermeiros, 3% psicólogos clínicos e 10% técnicos de diagnóstico e terapêutica (especificamente, radiologistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de análises clínicas e saúde pública, cardiopneumologistas, técnicos de saúde ambiental). Todos os profissionais, à data da recolha de dados, encontravam-se em exercício de funções no interior-norte de Portugal, mais especificamente, na Unidade Local de Saúde do Nordeste, constituída por três unidades hospitalares sediadas em Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros (às quais corresponde 38% da amostra) e 14 centros de saúde, que reúnem 62% da amostra, localizados em Bragança, Miranda do Douro, Mogadouro, Vimioso, Alfândega da Fé, Vila Flor, Vila Nova de Foz Côa, Freixo de Espada à Cinta, Carrazeda de Ansiães, Torre de Moncorvo, Macedo de Cavaleiros, Mirandela e Vinhais.

A idade dos participantes variou entre os 25 e 59 anos ( $M=39,99$  e  $DP=9,57$ ), sendo maioritariamente do sexo feminino (81%), casados ou a viver em união de facto (67%), com filhos (68%), com contrato de trabalho por tempo indeterminado (75%) e com grau de habilitação de licenciatura (68%). A média de anos de serviço foi de 16 anos ( $M=15,72$  e  $DP=8,94$ ) e a média de tempo na instituição foi de 12 anos ( $M=12,47$  e  $DP=9,24$ ).

### **6.2.2. Material**

Utilizou-se um questionário através do qual foram recolhidos dados de caracterização sociodemográfica e profissional, nomeadamente idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, existência de filhos, atividade profissional, local de trabalho, tempo de serviço e tempo na instituição, e tipo de contrato de trabalho. Para avaliação do *engagement* utilizou-se a *Utrecht Work Enthusiasm Scale* (Marques-Pinto & Picado, 2011; Schaufeli & Bakker, 2003), constituído por 17 itens que avaliam as três dimensões da motivação no trabalho (Vigor,

Dedicação e Absorção), numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 (Nunca) e 6 (Todos os dias). Para avaliação do *burnout* recorreu-se ao *Maslach Burnout Inventory – HSS* (Marques-Pinto & Picado, 2011; Maslach & Jackson, 1997), com 22 itens que avaliam as três dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal), numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 (Nunca) e 6 (Todos os dias).

### 6.2.3. Procedimento

Após aprovação do estudo pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, os profissionais foram convidados a participar voluntariamente e os questionários distribuídos em suporte de papel, entre Fevereiro e Maio de 2013. Os participantes foram esclarecidos quanto às características e objetivos da investigação e foi-lhes garantida a proteção da confidencialidade e anonimato, bem como fornecido o consentimento informado. Os dados foram tratados através do programa IBM-SPSS 21.

### 6.3. Resultados

No que se refere às variáveis estudadas (Tabela 24), os valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) aproximam-se dos valores recomendados ( $>0,80$ , Field, 2009). Para o *Burnout*, os dados sugerem níveis baixos para a Exaustão Emocional e Despersonalização, e nível moderado a alto para a Realização Pessoal. Para as dimensões do *Engagement* obtiveram-se níveis elevados nas três dimensões, sendo a dimensão Dedicação a que apresenta o valor mais elevado. Existe também uma correlação negativa significativa entre as dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização do *Burnout*, e as dimensões Vigor, Dedicação e Absorção do *Engagement*. Quanto à dimensão Realização Pessoal, correlaciona-se de forma positiva e significativa com as três dimensões do *Engagement*. Efetuou-se ainda uma análise de prevalência, tomando como referência os pontos de corte sugeridos por Shirom (1989, citado por Carlotto et al. 2012) já utilizados noutros estudos sobre *Burnout* (Carlotto et al. 2012) e considerados como uma alternativa válida, em países que ainda não possuem pontos de corte validados, para identificar os níveis de *Burnout* baseados na frequência de sintomas. Assim, de acordo com este critério, os inquiridos que apresentam os sintomas com frequência igual ou superior a “uma vez por semana” (valor 4) desenvolveram já sintomas de *Burnout*. Aplicando este critério às dimensões do *Burnout*, verifica-se que 7% dos inquiridos apresentam elevada Exaustão Emocional, enquanto quase 2% apresentam elevada Despersonalização e 76% apresentam elevada Realização Pessoal. Utilizando esta

mesma lógica para o *Engagement*, encontraram-se 76% dos inquiridos com elevada Absorção, 84% com elevada Dedicção e 86% com elevado Vigor, o que sugere a inexistência de *Burnout* e a presença de *Engagement*.

Tabela 24. Médias, correlações e percentagem de sintomas para o *burnout* e *engagement*

Dimensões (escala 0-6 pontos)	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal	% > 4
Exaustão Emocional	1,95	1,26	0,89				7,0
Despersonalização	0,82	0,97	0,73				1,9
Realização Pessoal	4,60	0,96	0,79				76,4
Vigor	4,80	0,87	0,79	-0,45**	-0,26**	0,38**	84,1
Dedicção	5,00	1,00	0,88	-0,39**	-0,21**	0,40**	86,4
Absorção	4,55	0,97	0,77	-0,28**	-0,21**	0,35**	77,5

\*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$

Os resultados obtidos neste estudo foram também comparados com os resultados de outros estudos nacionais ou realizados no litoral de Portugal (Tabela 25) usando os mesmos instrumentos. Encontraram-se, num estudo de Pereira, Pinto e Queirós (2014) com dados recolhidos em 2013 junto de 66 enfermeiros e 108 médicos de USF (unidades de saúde familiares) de todo o país, maiores níveis de Exaustão Emocional e Despersonalização, mas também maiores níveis de Vigor e de Absorção. Numa recolha efetuada em 2010 junto de 450 enfermeiros de hospitais públicos e privados do Porto (Dias & Queirós, 2011) foram encontrados níveis superiores de *Burnout* e níveis inferiores de *Engagement*.

Tabela 25. Diferenças entre as médias de *burnout* e *engagement* obtidas neste estudo e as médias obtidas em estudos nacionais e no litoral

Dimensões (escala 0-6 pontos)	Média Interior-Norte 2013	Pereira et al. (2014) Nacional 2013	Dias & Queirós (2011) Litoral (Porto) 2010
Local e ano de recolha			
Exaustão Emocional	1,95	2,41***	2,52***
Despersonalização	0,82	1,06***	1,18***
Realização Pessoal	4,60	4,71	4,30***
Vigor	4,80	4,93*	3,90***
Dedicção	5,00	5,09	4,29***
Absorção	4,55	4,80***	3,69***

\*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$  (para t-test comparando Interior-Norte com cada estudo)

Foram ainda efetuadas comparações para o *Burnout* e *Engagement* em função das variáveis sociodemográficas, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas no que se refere à Existência de filhos, Local de trabalho, Habilitações literárias e Tipo de contrato de trabalho. Relativamente ao Sexo, obtiveram-se valores significativamente superiores para o masculino apenas na dimensão Despersonalização do

*Burnout* (Tabela 26) No Estado civil encontraram-se valores superiores de Exaustão Emocional nos participantes casados por oposição aos divorciados, e valores inferiores de Despersonalização nos divorciados por oposição aos solteiros e aos casados. No que se refere aos Grupos profissionais, encontraram-se, nos enfermeiros, níveis inferiores de Exaustão Emocional por oposição aos médicos e a outros profissionais bem como menores níveis de Despersonalização, por oposição aos médicos.

Tabela 26. Comparação de médias do *burnout* e *engagement* em função de três variáveis sociodemográficas

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal	Vigor	Dedicação	Absorção
<b>Sexo</b>						
<i>t</i>	<1	2,22*	1,12	<1	<1	<1
Masculino (n=50)	2,01	1,13	4,74	4,79	5,03	4,49
Feminino (n=204)	1,92	0,75	4,57	4,80	5,00	4,57
<b>Estado civil</b>						
<i>F</i>	3,67*	3,63*	<1	<1	<1	<1
Solteiro (n=61)	1,83 <sup>ab</sup>	0,91 <sup>a</sup>	4,51	4,85	5,06	4,43
Casado (n=173)	2,07 <sup>a</sup>	0,86 <sup>a</sup>	4,61	4,78	4,98	4,57
Divorciado (n=24)	1,37 <sup>b</sup>	0,33 <sup>b</sup>	4,74	4,90	5,02	4,71
<b>Atividade profissional</b>						
<i>F</i>	6,40**	3,76*	<1	<1	<1	<1
Médico (n=28)	2,44 <sup>a</sup>	1,20 <sup>a</sup>	4,64	4,74	4,95	4,56
Enfermeiro (n=185)	1,78 <sup>b</sup>	0,73 <sup>b</sup>	4,55	4,80	5,01	4,51
Outra (n=41)	2,37 <sup>a</sup>	1,00 <sup>a</sup>	4,78	4,87	5,02	4,72

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . Para cada variável, médias em coluna seguidas de caracteres sobrescritos são diferentes a  $p < 0,05$  usando testes post-hoc de Bonferroni.

Em seguida, foi analisado se as variáveis sociodemográficas (Sexo, Idade, Estado Civil, Profissão) e a variável *Engagement* predizem o *Burnout*, efetuando-se uma análise de regressão linear através do método *Enter*, colocando no primeiro bloco as variáveis sociodemográficas e, no segundo bloco, as três escalas do *Engagement*. Nas variáveis sociodemográficas qualitativas foi efetuada a necessária codificação para a regressão. O Sexo foi codificado em masculino=0 e feminino=1, o Estado Civil foi codificado em casado ou união de facto=0 e solteiro ou divorciado=1, e, para a Atividade Profissional codificou-se enfermeiro=0 e médico ou outra profissão=1.

Os resultados da análise demonstram que a Exaustão Emocional é a dimensão mais influenciada pelos dois conjuntos de variáveis seguida da Realização Pessoal e por último a Despersonalização. O *Engagement* explica 21% da Exaustão Emocional enquanto as variáveis sociodemográficas explicam 8% (Tabela 27). Para a Despersonalização, o *Engagement* explica 7% e as variáveis sociodemográficas 5%, enquanto a Realização Pessoal é explicada em 17% pelo *Engagement* e em 2% pelas variáveis sociodemográficas.



Tabela 27. Regressão das variáveis sociodemográficas e do *Engagement* no *Burnout* por blocos

Dependentes	Preditores	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> Adjusted	<i>R</i> <sup>2</sup> Change	<i>F</i>
Exaustão Emocional	Sociodemográficas	0,08	0,06	0,08	14,12 ***
	<i>Engagement</i>	0,29	0,27	0,21	
Despersonalização	Sociodemográficas	0,05	0,03	0,05	4,68 ***
	<i>Engagement</i>	0,12	0,09	0,07	
Realização Pessoal	Sociodemográficas	0,02	0,01	0,02	8,96***
	<i>Engagement</i>	0,19	0,17	0,17	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

A análise mais detalhada do impacto de cada uma das variáveis sociodemográficas no *Burnout* foi efetuada através da regressão linear pelo método *Stepwise*. Verificou-se que mesmo as variáveis sociodemográficas mais significativas explicam em média menos de 10% das várias dimensões do *Burnout* (Tabela 28). Por isso, o seu impacto é relativamente reduzido, não emergindo qualquer preditor significativo no caso da Realização Pessoal. Na predição da Exaustão Emocional, destaca-se a Profissão com 5% e o Estado Civil com 3%. Dos enfermeiros para os restantes profissionais verifica-se um aumento de 0,67 pontos na escala da Exaustão Emocional e dos casados para os não casados, uma redução de 0,44 pontos na mesma escala. Para a Despersonalização os valores foram mais modestos, e, dos enfermeiros para os restantes profissionais verifica-se um aumento de 0,29 pontos na Despersonalização e dos homens para as mulheres verifica-se uma diminuição de 0,31, explicando um total de 4% da variância da Despersonalização.

Tabela 28. Regressão das variáveis sociodemográficas no *Burnout* (método *stepwise*)

Dependente	Preditores	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> change	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>F</i>
Exaustão Emocional	Profissão	0,05	0,05	0,67	3,88 ***	10,13***
	Estado Civil	0,08	0,03	-0,44	-2,68 **	
Despersonalização	Profissão	0,03	0,03	0,29	2,07 *	5,47 **
	Sexo	0,04	0,02	-0,31	-2,03*	
Realização Pessoal	-	-	-	-	-	-

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

A análise do impacto do *Engagement* no *Burnout* efetuada através da regressão linear pelo método *Stepwise* (Tabela 29) revelou, como esperado, valores preditivos bastante mais elevados. De entre as três dimensões, o Vigor explica no sentido negativo (isto é, menos Vigor, mais Exaustão Emocional) 20% da Exaustão Emocional e 7% da Despersonalização. Concretamente, o aumento de um ponto na escala de Vigor corresponde à diminuição de 0,71 pontos na escala de Exaustão e 0,29 na de Despersonalização. A Exaustão Emocional é também explicada pela Absorção e pela Dedicção, mas apenas em 1% da variância por cada

preditor, ou seja, um ponto na escala de Absorção resulta no aumento de apenas 0,32 pontos na de Exaustão, e na de Dedicação a redução de 0,24 pontos na escala de Exaustão. É de notar a relação positiva da Exaustão Emocional com a Absorção, contrariamente á relação negativa da primeira com as restantes dimensões do *Engagement*, o que sugere uma absorção provocada pela tarefa e não pelo prazer associado ao desempenho desta. A Dedicação explica 16% da Realização Pessoal, sendo que um ponto na escala da primeira resulta num aumento de 0,38 na segunda.

Tabela 29. Regressão do *Engagement* no *Burnout* (método *stepwise*)

Dependente	Preditores	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	B	t	F
Exaustão Emocional	Vigor	0,20	0,20	-0,71	-4,71 ***	23,99 ***
	Absorção	0,21	0,01	0,32	2,56 *	
	Dedicação	0,22	0,01	-0,24	-2,04 *	
Despersonalização	Vigor	0,07	0,07	-0,29	-4,29 ***	18,39 ***
Realização Pessoal	Dedicação	0,16	0,16	0,38	6,93 ***	48,05 ***

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

#### 6.4. Discussão

Foram encontradas médias elevadas para todas as dimensões do *engagement* com destaque para a Dedicação. No *burnout* encontrou-se uma média elevada na dimensão realização pessoal, e médias baixas para as dimensões Despersonalização e Exaustão Emocional. Conclui-se que os profissionais de saúde estudados se encontram realizados, *engaged* com o trabalho e apresentam níveis de *burnout* que não parecem ser particularmente preocupantes. A comparação com outros estudos revelou que esta amostra, por oposição a profissionais do litoral ou a nível nacional, apresenta menos *burnout* mas valores de *engagement* intermédios, isto é, inferiores aos do estudo nacional de Pereira et al. (2014) com dados recolhidos em 2013, mas superiores ao estudo realizado no Porto com dados de 2010 (Dias & Queirós, 2011).

No que se refere à comparação dos níveis de *burnout* em função das variáveis sociodemográficas registaram-se diferenças significativas em função do sexo e estado civil. O sexo masculino apresenta maiores níveis de Despersonalização, o que é concordante com os estudos de Maslach et al. (2001). Os sujeitos casados parecem apresentar maiores níveis de Exaustão Emocional, comparativamente com sujeitos de outros estados civis, embora esta conclusão não venha corroborar estudos anteriormente realizados (Maslach et al. 2001), poderá ser explicado pela qualidade e satisfação que a relação proporciona, o que vai influenciar positiva ou negativamente o *burnout* (Gil Monte & Peiró, 1997). Estes dados

podem também ser explicados pela relação família-trabalho, em que a sobrecarga de responsabilidades e tarefas e conflitos relacionais com familiares próximos, predispõe o indivíduo ao *burnout* (Brattberg, 2006).

Comparando grupos profissionais, os médicos apresentam maior Despersonalização (que se traduz em comportamentos de frieza e distanciamento emocional), o que poderá ser explicado pela complexidade que envolve o contexto clínico, bem como a sobrecarga laboral a que os médicos estão continuamente expostos. Os enfermeiros parecem apresentar menor Exaustão Emocional, resultado este que, estando em desacordo com a maioria das investigações desenvolvidas, pode resultar dos fatores geográficos/contextuais, visto tratar-se de um estudo desenvolvido no interior-norte de Portugal no qual alguns agentes stressores poderão estar menos presentes em oposição ao litoral do país.

A análise das correlações, estando estas entre 0,20 e 0,50, sugere que *burnout* e *engagement* não são dois extremos de um estado emocional contínuo (as correlações seriam mais próximas de 0,90) mas conceitos independentes, em que o *engagement* explica apenas entre 5 a 15% do *burnout*.

Estes resultados apoiam a perspetiva de Schaufeli e Salanova (2007,2014) que defendem a independência de conceitos. Contudo, é de notar que, no nosso estudo, o Vigor chega a explicar 20% da Exaustão Emocional.

Os resultados obtidos permitiram conhecer os níveis de *burnout* e de *engagement* dos profissionais de saúde do interior norte de Portugal, revelando menos *burnout* do que os profissionais do litoral ou a nível nacional. Os dados podem ser utilizados para programas de intervenção na gestão do *stress* ocupacional nas modalidades de intervenção individual, grupal ou organizacional, bem como sensibilizar para a promoção do *engagement* no trabalho (Llorens et al. 2007), modulando os efeitos diretos dos recursos organizacionais sobre o desempenho, o bem-estar e a qualidade de vida em geral e beneficiando não apenas os indivíduos mas também as organizações. Tem sido demonstrado na literatura que o *stress* no trabalho afeta de forma evidente a prática clínica dos profissionais de saúde e é de notar que a gestão do *stress* pode ser realizada com recurso a diferentes estratégias. Maslach e Jackson (1997) enfatizaram a promoção dos valores humanos como estratégia preventiva da síndrome de *burnout* na perspetiva de que prevenir o *stress* ocupacional constituiu o ponto de partida para a prevenção do *burnout*. Mais recentemente, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson demonstrou vantagens na implementação de programas de relaxamento na gestão do *stress* laboral em enfermeiros (Borges & Ferreira, 2013). Seria por isso importante, no futuro, realizar estudos longitudinais com profissionais no que se refere à sua saúde ocupacional e

avaliação de programas de gestão do *stress*. A melhor compreensão dos fatores de risco do *burnout* permite uma prática preventiva do mesmo, quer no plano individual, quer no plano organizacional, adotando-se assim uma perspetiva de investigação-ação que continua a ser importante e relaciona *burnout* e *engagement*, tal como referem Maslach, Leiter e Jackson (2012, p.299) e que inclui o contexto social e a relação psicológica do profissional com a sua tarefa: “*Burnout has a future. By anchoring a continuum of personal experiences, the burnout construct has provided a foundation for continuing explorations of psychological connections of people with their work from both positive and negative perspectives. We have touched upon the potential of these ideas for incubating new insights regarding the social context of psychological relationships with work*”. Apesar do estudo poder contribuir para o conhecimento dos fenómenos do *burnout* e do *engagement* em profissionais do interior português, é de realçar que existem as limitações da amostra ser de participantes voluntários e de reduzida representatividade, não podendo os resultados ser generalizados.

Terminado o estudo 2, segue-se a apresentação do estudo 3, intitulado “Saúde no Trabalho - *Tecnostress* e *Burnout* em Enfermeiros”.

**CAPÍTULO VII**

**ESTUDO 3: SAÚDE NO TRABALHO - *TECNOSTRESS* E  
*BURNOUT* EM ENFERMEIROS <sup>3</sup>**

---

<sup>2</sup> Este capítulo corresponde ao artigo publicado:

Silva, M., Queirós, C., & Cameira, M. (2016). Saúde no Trabalho: *Tecnostress* e *Burnout* em Enfermeiros. *International Journal on Working Condition*, 12, 54-70.

## Saúde no Trabalho: Tecnostress e Burnout em Enfermeiros

Melani Silva, Cristina Queirós e Miguel Carneira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal, E-mails: [melani.silva@hotmail.com](mailto:melani.silva@hotmail.com); [cqueiros@fpece.up.pt](mailto:cqueiros@fpece.up.pt); [carneira@fpece.up.pt](mailto:carneira@fpece.up.pt)

**Resumo:** A tecnologia tem tido importância crescente em inúmeras profissões, incluindo a enfermagem, que, enquanto atividade de prestação de cuidados de saúde, comporta crescentes exigências técnicas, relacionais e tecnológicas que vulnerabilizam os seus profissionais ao *stress*. Pretendem-se conhecer os níveis de *tecnostress* e de *burnout* de uma amostra de enfermeiros a exercer funções na Unidade Local de Saúde do Nordeste. Encontraram-se níveis baixos de *tecnostress* e de *burnout*, e correlações positivas entre a dimensão exaustão emocional do *burnout* e todas as dimensões do *tecnostress*. A análise de regressão revelou que o *burnout* explica, aproximadamente, 28% da ansiedade face às tecnologias de informação e comunicação (TIC) e 37% da fadiga pela utilização das TIC. As variáveis sociodemográficas e profissionais, no seu conjunto predizem 43% da ansiedade e 19% da fadiga face às TIC, apresentando pouca expressividade preditiva, comparativamente ao *burnout*. Embora os resultados não sejam preocupantes, estudos regulares de monitorização constituem uma mais-valia, numa população trabalhadora cada vez mais envelhecida e com carreiras profissionais mais longas, na qual os crescentes desafios da tecnologia poderão constituir fator de *stress* acrescido e condicionar a saúde e bem-estar, destes profissionais, no local de trabalho.

**Palavras-chave:** *tecnostress*, *burnout*, saúde no trabalho, enfermeiros.

International Journal on Working Conditions, No.12, December 2016

### 1. Introdução

O mundo laboral tem sofrido enormes mudanças nos últimos anos. Atualmente considera-se que, apesar de, em condições adequadas, o trabalho poder ter um efeito positivo na saúde dos trabalhadores (EU-OSHA, 2014, 2016), nunca os contextos pessoal, social e laboral estiveram tão marcados pela presença das tecnologias enquanto força motriz do trabalho e das relações humanas (Krishnan, 2017; Park & Cho, 2016; Srivastava, Chandra & Shirish, 2015). Assim, apesar das inovações e progresso tecnológico terem trazido benefícios pessoais e organizacionais, conduziram, por outro lado, ao surgimento de alguns problemas que constituem aquilo que Riedl (2012; Riedl Kindermann, Auinger & Javor, 2013) designou por “lado negro” das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Esta situação agrava-se no mundo laboral quando o trabalhador não se adapta à utilização destas TIC e se sente, por causa delas, sobrecarregado, invadido na sua privacidade e até em conflito com a família por estar continuamente conectado ao trabalho (Brown, Duck & Jimmieson, 2014). De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2014), em determinadas condições, o contexto de trabalho pode potenciar *stress* e problemas de saúde causados por uma constelação de eventuais fatores, tendo o *stress* prolongado no trabalho, um efeito negativo na saúde e no bem-estar dos trabalhadores. Tendo em consideração que os enfermeiros se confrontam com uma utilização crescente das TIC (ex: informatização dos processos clínicos, trocas de comunicação entre equipas, registos informatizados dos procedimentos, etc.) e estão expostos a situações stressantes frequentes no exercício da sua atividade profissional (Fennessey, 2016; Ninaus et al.,

Melani Silva, Cristina Queirós e Miguel Carneira

Neste capítulo pretende-se aprofundar em profissionais de enfermagem (categoria profissional dominante na amostra de inquiridos), o estudo do *tecnostress* e *burnout*, sua inter-relação e sua variação em função de características sociodemográficas e profissionais. Encontra-se organizado de acordo com o conteúdo já publicado.

## **7.1. Introdução**

O mundo laboral tem sofrido enormes mudanças nos últimos anos. Atualmente considera-se que, apesar de, em condições adequadas, o trabalho poder ter um efeito positivo na saúde dos trabalhadores (EU-OSHA, 2014b, 2016), nunca os contextos pessoal, social e laboral estiveram tão marcados pela presença das tecnologias enquanto força motriz do trabalho e das relações humanas (Krishnan, 2017; Park & Cho, 2016; Srivastava, Chandra & Shirish, 2015). Assim, apesar das inovações e progresso tecnológico terem trazido benefícios pessoais e organizacionais, conduziram, por outro lado, ao surgimento de alguns problemas que constituem aquilo que Riedl (2013; Riedl et al., 2012) designou por “lado negro” das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Esta situação agrava-se no mundo laboral quando o trabalhador não se adapta à utilização destas TIC e se sente, por causa delas, sobrecarregado, invadido na sua privacidade e até em conflito com a família por estar continuamente conectado ao trabalho (Brown, Duck & Jimmieson, 2014). De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHAb, 2014), em determinadas condições, o contexto de trabalho pode potenciar *stress* e problemas de saúde causados por uma constelação de eventuais fatores, tendo o *stress* prolongado no trabalho, um efeito negativo na saúde e no bem-estar dos trabalhadores. Tendo em consideração que os enfermeiros se confrontam com uma utilização crescente das TIC (ex: informatização dos processos clínicos, trocas de comunicação entre equipas, registos informatizados dos procedimentos, etc.) e estão expostos a situações stressantes frequentes no exercício da sua atividade profissional (Fennessey, 2016; Ninaus et al., 2015), este estudo investiga, numa amostra de enfermeiros, os fenómenos de *tecnostress* e *burnout*, e sua inter-relação. Como contextualização desta temática, são seguidamente abordados estes dois conceitos, para que melhor se compreenda de que forma afetam os enfermeiros, começando por referir o *burnout* como uma resposta patológica ao *stress* crónico resultante do trabalho (Maslach, 2011), para em seguida, se abordar o *tecnostress* no contexto laboral (Tacy, 2016).

### **7.1.1. Burnout**

No que se refere à evolução histórica do conceito de *burnout*, o contributo inicial mais evidente, enquanto *stress* particularmente associado ao trabalho, foi o do psiquiatra

Freudenberger (1974, p.162) que, numa investigação com profissionais de saúde da área da toxicodependência, definiu o *burnout* como um “*estado de fadiga ou frustração surgido pela devoção a uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada*”. Mais tarde, Pines e Aronson (1988) enfatizaram um estado caracterizado por cansaço físico, sentimentos de impotência e de desespero, embotamento emocional, desenvolvimento de um conceito negativo de si mesmo, e atitudes negativas em relação ao trabalho, à vida e aos outros. Numa abordagem mais recente, Maslach e colaboradores (2001, 2008) defendem que o *burnout* se caracteriza por três dimensões independentes, embora relacionadas entre si: exaustão emocional (estado de esgotamento emocional e de desvitalização física e psicológica), despersonalização (atitudes e comportamentos de distanciamento, frieza, cinismo, desprezo e evitamento para com o trabalho e para com as pessoas associadas ao contexto laboral) e baixa realização pessoal no trabalho (sentimentos de ineficácia profissional e de desmotivação, em que os indivíduos passam a interpretar as novas tarefas e projetos como altamente exigentes).

Relativamente às consequências do *burnout*, do ponto de vista individual e organizacional, os estudos apontam para reações muito diversas que oscilam, no indivíduo, entre somatizações (ex: fadiga crónica, dores de cabeça, alterações gastrointestinais, taquicardia), atitudes (ex: frieza ou cinismo nos relacionamentos com os pacientes) e sentimentos de inadequação e desadaptação ao trabalho, o que afeta a qualidade de vida e bem-estar dos profissionais em *burnout* (Maslach, 2011; Parreira & Sousa, 2000). Do ponto de vista organizacional, as consequências têm sido sistematicamente referenciadas como sendo a insatisfação no trabalho, o baixo compromisso com a organização, o absentismo, a intenção de deixar o trabalho e a alta rotatividade dos colaboradores (Maslach et al., 2008; Maslach & Leiter, 1997).

No que diz respeito ao impacto dos fatores individuais na predisposição para o desenvolvimento de *burnout*, têm sido referidos vários. Por exemplo para o estado civil, os não casados (especialmente os homens) parecem ter mais propensão para o *burnout*, verificando-se os solteiros a experienciarem níveis de *burnout* ainda mais elevados do que os divorciados (Maslach et al., 2001). O género parece não constituir um forte preditor do *burnout*, mas alguns estudos (Maslach et al., 2001; Purvanova & Muros, 2010) concluíram que na despersonalização os homens apresentam valores superiores às mulheres e estas apresentam maior exaustão emocional. Para as habilitações académicas, nem todas as investigações concluem no mesmo sentido, mas para alguns autores (Ihan et al., 2007; Maslach et al., 2001), profissionais com mais habilitações académicas referem maiores níveis



de *burnout* do que trabalhadores com níveis académicos baixos, possivelmente devido às suas expectativas ou responsabilidade de tarefas. Quanto à idade, indivíduos mais jovens apresentam maior probabilidade de *burnout* relativamente aos mais velhos, o que parece estar associado às expectativas iniciais, que em profissionais em início de carreira tendem a ser desfasadas e pouco realistas (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). No que remete para fatores de personalidade, estudos apontam a existência de relação positiva entre neuroticismo e *burnout* e relação negativa entre *burnout* e traços de amabilidade, conscienciosidade e extroversão (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009). No que se refere ao papel dos fatores organizacionais e sua relação com o *burnout*, Bakker, Demerouti e Euwema (2005) constatarem que quando as exigências do trabalho (ex: conflito de papéis, sobrecarga de trabalho e exigência emocional) são elevadas, e os recursos no trabalho são pobres (baixa autonomia na execução das tarefas, pouco suporte social e um relacionamento pouco satisfatório com as chefias) surgem níveis de *burnout* mais elevados. Maslach e Leiter (1997) concluíram que falta de recompensas e de justiça são também razões que podem estar na base do crescimento da síndrome de *burnout*.

Estudos sobre o *burnout* têm vindo a ser desenvolvidos desde a década de 90 nas mais diversas classes profissionais, com especial predominância nas profissões de ensino e de prestação de cuidados de saúde, cujos profissionais seriam os mais afetados pelo facto de desempenharem funções assistenciais (Schaufeli & Enzmann, 1998). O *burnout* seria então uma doença da relação de ajuda e, como os enfermeiros prestam assistência a indivíduos incapacitados, estão particularmente vulneráveis e suscetíveis ao *burnout* (Fennessey, 2016; Schaufeli & Enzmann, 1998). Também Adriaenssens e colaboradores (2015) enfatizaram os enfermeiros como um grupo profissional com elevado risco de desenvolvimento de *burnout* comparativamente a outras profissões.

A prevalência de *burnout*, aferida através da aplicação de questionários de auto-resposta, em populações trabalhadoras de países ocidentais, parece variar entre 13 a 27% (Norlund et al., 2010) ou de 3 a 29% segundo dados mais recentes (Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013). Anteriormente, dados epidemiológicos europeus, concluíram que o *burnout* afetava aproximadamente 25% da totalidade de profissionais de enfermagem (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001), o que corrobora com resultados de estudos que apontam para elevados níveis de *stress* e *burnout* em enfermeiros (Fennessey, 2016; Lim, Bogossian & Ahern, 2010; McVicar, 2003). Em Portugal, o interesse sobre o *burnout* dos enfermeiros não é recente e, numa investigação realizada com enfermeiros de diferentes contextos organizacionais (cuidados de saúde primários, hospitais distritais e hospitais

centrais), Nunes (1990) constatou que os enfermeiros hospitalares apresentavam níveis superiores de *burnout*. Mais tarde, Gil e Vairinhos (1997) constataram que enfermeiros a prestar serviço em urgências gerais (sobretudo mulheres, com poucos anos de serviço e solteiras) apresentavam níveis médios de *burnout*, enquanto enfermeiros do serviço de urgência psiquiátrica apresentavam níveis mais baixos de *burnout* (sobretudo homens, com muitos anos de serviço e casados). Queirós (2005) concluiu que um em cada quatro enfermeiros apresentava *burnout* no trabalho, enquanto Sá (2006) referiu os enfermeiros da área oncológica como os mais vulneráveis à exaustão emocional. Num estudo recente, desenvolvido por Maroco e colaboradores (2016) à escala nacional com amostras de profissionais de saúde provenientes de contexto de cuidados de saúde primários e hospitalar, entre os anos 2011 e 2013, aproximadamente 22% dos profissionais de saúde inquiridos apresentavam *burnout* moderado e, 48% *burnout* elevado. Contudo, estes enfermeiros apresentaram, em termos de média nacional, níveis de *burnout* moderados.

#### **7.1.2. Tecnostress**

Vivemos na era da tecnologia e as tecnologias da informação e comunicação assumiram tal preponderância que toda a nossa economia e qualidade de vida parecem depender dela (Ayyagari, Grover & Purvis, 2011; Curtis, Hicks & Redmond, 2002; Tacy, 2016). O *stress* associado à utilização das TIC designa-se por *tecnostress*, e, embora atualmente seja estudado e divulgado, tem um passado recente, que remonta aos anos 80, quando Brod (1984) definiu este fenómeno como resultante da falta de habilidade ou capacidade para trabalhar de forma saudável com as novas tecnologias. Alguns anos depois, Weil e Rosen (1997) vieram trazer um novo contributo ao estudo do *tecnostress*, defendendo que este resulta da maior convivência das pessoas com as novas tecnologias (ex: necessidade de aceder a base de dados, informatização de muita informação no local de trabalho), podendo ter um impacto negativo, direto ou indireto, no âmbito das suas atitudes, pensamentos, comportamentos e saúde. Mais recentemente, Tu, Wang e Shu (2005), definiram este fenómeno como o efeito negativo nas atitudes, pensamentos, comportamentos e dimensão psicológica do indivíduo, resultante, direta ou indiretamente do uso do computador e das TIC. Já Salanova (2003, 2007), definiu o *tecnostress* como estado psicológico negativo, associado à utilização das TIC, ou perspetiva de as utilizar. O enfoque é, então, colocado na perceção, pelo indivíduo, do desfasamento entre as exigências da tecnologia e os recursos disponíveis, que se traduz em ativação fisiológica desagradável, desenvolvimento de atitudes negativas face às TIC, fadiga e dificuldades de concentração. Autores recentes (Ayyagari et al., 2011; Brown et al., 2014)

ênfatizaram o facto de as tecnologias implicarem, no local de trabalho, a realização simultânea de tarefas múltiplas, e de forçarem o trabalhador a estar sempre conectado (ex: email, acesso a dados informatizados), o que aumenta os níveis de *stress* no trabalho e o conflito entre trabalho e família, bem como desencadeia sensação de invasão de privacidade e perda de anonimato. Recentemente Tacy (2016) analisou o conceito de *tecnostress*, realçando a ansiedade, fobias e sintomas físicos ou psicológicos resultantes de um problema de adaptação cognitiva, social ou física às exigências que o uso de tecnologia levanta, podendo esta adaptação resultar de características como idade, experiência, percepção de controlo ou clima organizacional, e cuja consequência pode ser uma maior lentidão na tarefa, prejuízo no desempenho, tecnofobia, desconfiança, medo e *stress* no trabalho.

Segundo o modelo teórico de Salanova e colaboradores (2004, 2007), são três as componentes centrais do *tecnostress*: dimensão afetiva (sintomas afetivos relacionados com a ativação psicofisiológica desagradável do organismo), dimensão comportamental (atitudes negativas face às TIC) e dimensão cognitiva (pensamentos negativos sobre a própria capacidade e eficácia no uso das tecnologias de informação e comunicação). Ragu-Nathan e colaboradores (2008) mencionaram a tecno-sobrecarga, tecno-insegurança, tecno-invasão, tecno-incerteza e tecno-complexidade. A tecno-sobrecarga consiste em situações nas quais o uso das TIC forçam a trabalhar mais e mais rápido, expondo os utilizadores a elevado volume de informação, levando à fadiga de informação e implicando multitarefas para tentar responder a tudo em tempo útil. A tecno-insegurança afeta trabalhadores mais idosos por estes se sentirem ameaçados pela perda dos seus postos de trabalho, para outros, mais jovens e detentores de maiores conhecimentos e compreensão do uso das TIC, gerando *stress* e tensão. A tecno-invasão caracteriza-se pelo desenvolvimento de estados de *stress* e de frustração resultantes da necessidade de os profissionais estarem sempre conectados, estendendo o contexto de trabalho ao contexto familiar. Contudo, se não conectados, incluindo nas férias, sentem-se inquietos e com receio de estar a falhar algo importante no trabalho. A tecno-incerteza remete para a necessidade de adaptação contínua a novas TIC, o que não permite aos profissionais o desenvolvimento de pro-eficiência em aplicações informáticas específicas, tornando-se os seus conhecimentos rapidamente obsoletos, o que gera frustração e ansiedade. Por fim, a tecno-complexidade refere-se a situações nas quais a complexidade associada ao uso das TIC força os profissionais a gastarem tempo e esforço para aprender TIC cada vez mais sofisticadas, sobrepondo-se às tarefas habituais e sobrecarregando o profissional. Para Pocinho e Garcia (2008), o *tecnostress* parece integrar diferentes tipos de *stress*: tecnoansiedade (elevada ativação fisiológica perante a utilização ou antecipação da utilização

de algum tipo de tecnologia), tecnofadiga (cansaço, esgotamento mental e cognitivo pelo uso das TIC, bem como atitudes céticas e crenças de ineficácia face ao uso das TIC) e tecnovício (utilização compulsiva e obsessiva das TIC, com prejuízo nas dimensões pessoal, social e laboral, da vida do indivíduo). Por fim, segundo O'Driscoll e colaboradores (2009) as diferentes categorias do *tecnostress* estão interligadas e são interdependentes, sendo também consensual que as respostas cognitiva e afetiva estão fortemente associadas a reações comportamentais.

No que se refere às consequências do *tecnostress*, embora ainda sem ampla investigação, encontram-se alguns indicadores pessoais e organizacionais com resultados negativos e custos elevados para o próprio trabalhador e respetiva organização. No plano individual (Ayyagari et al., 2011; Salanova, 2007; Salanova et al., 2004, 2007; Tacy, 2016; Weil & Rosen, 1997), os efeitos repercutem-se nas dimensões psicofisiológica (alterações do sono, dores de cabeça, dores musculares, transtornos gastrointestinais, fadiga, frustração, culpa, irritabilidade, tristeza e depressão), comportamental (transtornos alimentares, ingestão excessiva de álcool e drogas, excitabilidade, inquietação, agressividade, impaciência ou passividade, comportamentos antissociais de isolamento e solidão, conflito trabalho-família e invasão de privacidade) e cognitiva (dificuldade na tomada de decisões, diminuição geral de atenção, diminuição da concentração, perda de eficácia, dificuldade de trabalhar em equipa). No plano organizacional, as consequências do *tecnostress* traduzem-se essencialmente no aumento do absentismo, diminuição da produtividade, aumento do número de acidentes de trabalho, pagamento de indemnizações e aumento dos erros de produção, e, de forma indireta, os custos organizacionais traduzem-se pela falta de motivação e insatisfação no trabalho, falhas de comunicação, erros de decisão e deterioração das relações interpessoais (Day, Paquet, Scott & Hambley, 2012; Tacy, 2016).

Alguns estudos salientaram a influência de características sociodemográficas no desenvolvimento de *tecnostress*, embora inconclusivos. Por exemplo, parece existir correlação positiva entre o aumento da idade e *tecnostress*, embora os mais velhos se sintam mais capazes de lidar com o *stress* em geral (Garde, Harrison, Huque & Hovenga, 2006; Tu et al., 2005). Carlotto (2011b) encontrou maiores níveis de *tecnostress* em mulheres e Ragu-Nathan e colaboradores (2008) encontraram maior *tecnostress* nos homens. Salanova e colaboradores (2002) demonstraram que a auto-eficácia é fundamental para que os trabalhadores se sintam confortáveis com o uso da tecnologia, e Krishnan (2017) realçou os traços de personalidade de agradabilidade, neuroticismo e abertura á experiência como fatores de vulnerabilidade ao *tecnostress*. No que se refere a variáveis organizacionais, Ayyagari e

colaboradores (2011) relacionaram o *tecnostress* com maior conflito trabalho-família e presentismo, maior sensação de invasão de privacidade, de carga de trabalho e de ambiguidade de tarefas. Finalmente, Tacy (2016) enfatizou a inexistência de formação prévia nas TIC como fator de vulnerabilidade ao *tecnostress*.

Um dos desafios colocados à enfermagem, no século XXI, é a mestria no uso de tecnologia que facilite a mobilidade, as relações, as interações e processos operacionais (Huston, 2013, 2014). Telefone, computador, internet, *e-mail*, e sobretudo sistemas e aplicações informáticas na saúde, representam um contributo fundamental na sociedade moderna e vieram mudar a forma como os serviços são prestados e consequentemente a forma como as relações profissional-paciente se estabelecem (Brown et al., 2014; Coughlin, Pope & Leedle, 2006; Smesdley, 2005). Alliex e Ururita (2004) concluíram que a interação e relação enfermeiro-doente são condicionadas e bloqueadas pela presença da tecnologia, enquanto England e Stewart (2007), num estudo sobre a recetividade à modernização dos serviços, concluíram que a implementação de tecnologias de informação e comunicação (TIC) no sector da saúde Australiano e Nova Zelandês, poderiam estar comprometidos pela postura desinformada dos gerentes/administradores desse sector, acerca das aplicabilidades das TIC, resistentes, portanto, à ideia de que estes podem ser aplicados a contextos clínicos. Robert e colaboradores (2008) desenvolveram um estudo no qual concluíram que os enfermeiros revelaram atitudes positivas face ao uso do computador e das tecnologias da informação e comunicação. Em Portugal, Madureira (2014) estudou profissionais do INEM, tendo encontrado níveis de *tecnostress* baixos, enquanto Teixeira (2014) comparou médicos e polícias, encontrando mais *tecnostress* nos médicos. Por fim, Tacy (2016) analisou vários estudos de aplicação das TIC no contexto da enfermagem, realçando o *stress* e cansaço que enfermeiros podem experienciar para se adaptarem às exigências da tecnologia e à necessidade de obterem mais formação para poderem lidar com as TIC.

Embora a relação entre *tecnostress* e *burnout* tenha vindo a ser, à data, alvo de menor investigação devido à existência de outros riscos psicossociais mais valorizados (EU-OSHA, 2016), apresenta interesse na medida em que ambos constituem fenómenos associados ao contexto laboral e suas especificidades. Nos últimos anos vários autores (Ayyagari et al., 2011; Brown et al., 2014, Krisnan, 2017; Ninaus et al., 2015; Park & Cho, 2016 ; Srivastava et al., 2015 ; Tacy, 2016) têm vindo a enfatizar a relação entre *tecnostress* e *stress* no trabalho, ansiedade, fobias e outros estados emocionais negativos, o que, ocorrendo de uma forma repetida, pode aumentar a vulnerabilidade ao *burnout* como resposta aos stressores crónicos. Salanova e Llorens (2009), num estudo com profissionais espanhóis da área das tecnologias,

obtiveram resultados que apontam no sentido do *tecnostress* conduzir a elevados níveis de *stress* e consequentemente *burnout*. Oluwole (2013), num estudo com funcionários de bibliotecas universitárias, informatizadas, concluiu que os resultados obtidos no *tecnostress* se correlacionavam positivamente com o *burnout*. Outros autores (Brown et al., 2014; Ninaus et al., 2015) defenderam que a relação entre *tecnostress* e *burnout* deve considerar outros fatores como o conflito trabalho-família e o *stress* provocado pelo facto de o trabalhador estar sempre conectado ao trabalho através das TIC e se sentir obrigado a estar disponível para responder a solicitações do trabalho. Ou seja, o trabalhador sai do local de trabalho mas continua psicologicamente ligado a este, o que levou Brown e colaboradores (2014) a referir o email institucional como um importante fator stressor pela sua grande quantidade, ambiguidade e pressão de urgência de resposta, mesmo fora das horas de trabalho.

Todos os resultados até aqui referidos sugerem a necessidade de se investigar mais sobre a relação entre os dois fenómenos, nomeadamente em profissões nas quais a tecnologia tem vindo a ter utilização crescente, como é o caso da enfermagem. Este estudo pretende conhecer, numa amostra de profissionais de enfermagem, os níveis de *tecnostress* e *burnout*, sua inter-relação e sua variação em função de características sociodemográficas e profissionais.

## **7.2. Metodologia**

### **7.2.1. Participantes**

A amostra foi constituída por 166 Enfermeiros, em desempenho de funções no Interior-Norte de Portugal, nomeadamente na Unidade Local de Saúde do Nordeste, Distrito de Bragança, constituída por três unidades hospitalares sediadas em Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros e 13 centros de saúde, localizados em Bragança, Miranda do Douro, Mogadouro, Vimioso, Alfândega da Fé, Vila Flor, Vila Nova de Foz Côa, Freixo de Espada à Cinta, Carrazeda de Ansiães, Torre de Moncorvo, Macedo de Cavaleiros, Mirandela e Vinhais. A maioria dos participantes era do sexo feminino (88%), com uma média de idades de 39.9 anos ( $DP=8.57$ ), com valor médio de 16.45 ( $DP=8.32$ ) anos de serviço total e de 12.39 anos ( $DP= 8.98$ ) na atual instituição. A maioria dos inquiridos possuía a licenciatura (71%) e os restantes, um curso pós-graduado, sendo a maioria casado (72%) e com filhos (73%), e distribuída por Centros de Saúde (54%) e Hospitais (46%). No que se refere à natureza do contrato de trabalho, a maioria apresentava contrato de trabalho por tempo indeterminado (81%) e os restantes, contrato a tempo resolutivo certo.

### 7.2.2. Instrumentos

Foi utilizado um questionário de autopreenchimento, confidencial, constituído por doze questões sociodemográficas, nomeadamente: idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, existência ou não de filhos, atividade profissional, local de trabalho, serviço no qual desempenha funções, categoria profissional, anos de serviço, natureza do contrato de trabalho e se mudava de profissão.

Para avaliar o *tecnostress* em utilizadores de tecnologias de informação e comunicação (TIC) foi utilizada a *Escala de Tecnostress RED-TIC* desenvolvida por Salanova e colaboradores (2004, 2007). Contém 16 questões que avaliam como dimensões deste construto: descrença (4 itens), fadiga (4 itens), ansiedade (4 itens) e ineficácia (4 itens) numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 (“Nunca”) e 6 (“Todos os dias”). Os valores de Alfa de *Cronbach* obtidos foram bastante satisfatórios: .75 na dimensão descrença, .89 na dimensão fadiga, .85 na dimensão ansiedade e .83 na dimensão ineficácia. A escala original (Salanova et al., 2004) apresentou alfas de .93, .92, .83, e .84, respetivamente. Mais tarde, Pocinho e Garcia (2008) foram os primeiros investigadores a fazerem a tradução para português da versão espanhola e a aplicar em Portugal, referindo valores de Alfa de *Cronbach* nunca inferiores a .68.

Para avaliar o *burnout* utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory - HSS* (Maslach & Jackson, 1997; Marques-Pinto & Picado, 2011), com 22 itens que avaliam as três dimensões: exaustão emocional (9 itens), despersonalização (5 itens) e realização pessoal (8 itens), numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 (Nunca) e 6 (Todos os dias). Obtivemos um alfa de *Cronbach* = .70 na dimensão despersonalização, alfa= .79 na dimensão realização pessoal e alfa= .87 na dimensão exaustão emocional. Marques Pinto e Picado (2011) obtiveram, para as mesmas dimensões, respetivamente, alfa=.72 para despersonalização .79 para realização pessoal e .84 para a exaustão emocional, ou seja, valores de alfa bastante próximos dos obtidos no presente estudo.

### 7.2.3. Procedimento

De forma a viabilizar o estudo empírico, procedeu-se ao cumprimento dos requisitos formais e éticos previstos, tendo-se obtido aprovação em janeiro de 2013. Os profissionais foram convidados a participar, voluntariamente, e entre Fevereiro e Maio de 2013 foram efetuadas deslocações aos locais abrangidos, tendo-se distribuído os questionários, em formato de papel, junto dos profissionais interessados. Os participantes foram esclarecidos quanto às características e objetivos da investigação e foi-lhes garantida a proteção da

confidencialidade e anonimato, bem como fornecido o consentimento informado. O tempo médio de preenchimento do questionário foi, de aproximadamente 15 minutos. De um modo geral, os profissionais abordados mostraram disponibilidade e interesse em participar no estudo. Para a análise estatística utilizou-se o programa *IBM-SPSS 21*, tendo-se efetuado, para além das medidas descritivas (mínimo, máximo, médias e desvios-padrão), correlações R de Pearson e regressões hierárquicas.

### 7.3. Resultados

No que reporta aos valores médios das subescalas do RED-TIC e do MBI, assim como as inter-relações através do coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 30), as médias das subescalas do RED-TIC rondam o valor 1 da escala correspondendo a um valor baixo de *tecnostress*, pois os participantes, em média, raramente sentem os sintomas descritos nos itens. As dimensões internas da Descrença e Fadiga apresentam valores superiores a 1 (que representa “quase nada ou algumas vezes por ano”), enquanto a Ansiedade e Ineficácia ficam ligeiramente abaixo deste valor. Note-se a variação do mínimo e máximo nesta amostra, não sendo atingidos os valores máximos possíveis (6 pontos, que representa “todos os dias”), embora se atinja o valor 5 (que corresponde a “várias vezes por semana”) nas dimensões Descrença e Ansiedade, enquanto na Fadiga e Ineficácia o valor máximo é cerca de 4 e representa “uma vez por semana”. Em termos percentuais, igual ou acima do valor 4 (“uma vez por semana”) estão 2% da amostra nas dimensões Descrença e Fadiga e cerca de 1% na Ansiedade e Ineficácia.

Já no MBI, os valores são mais elevados, aproximando-se de 2 para a Exaustão Emocional (“uma vez ou menos por ano”) e de 1 para Despersonalização (“algumas vezes por ano”), atingindo-se na Exaustão Emocional, quase o valor máximo possível, enquanto na Despersonalização o máximo obtido foi de 4 (“uma vez por semana”). A Realização Pessoal situa-se no valor de “algumas vezes por semana” em termos médios, estando o limite mínimo acima do possível e o limite máximo atingindo o máximo possível. Os valores de *Burnout* obtidos no presente estudo correspondem, segundo a categorização de Maroco e colaboradores (2016) a categorias de sem *Burnout* ou *Burnout* reduzido, o que se aplica para *scores* médios inferiores a 2, representando, respectivamente, 57% da amostra na Exaustão e 87% na Despersonalização. Contudo, encontraram-se já 26% da amostra na Exaustão e 5% na Despersonalização com valores indicativos de *Burnout* moderado (entre 2 e 3, segundo os mesmos autores), o que a longo prazo pode facilitar o aparecimento de um quadro de *Burnout*,



caso outros fatores profissionais ou pessoais se conjuguem e façam aumentar a vulnerabilidade do profissional.

Para além do esperado valor elevado das correlações entre subescalas do mesmo instrumento, encontramos correlações significativas entre a subescala Exaustão emocional do MBI e todas as subescalas do RED-TIC, especialmente a da Fadiga. A Exaustão Emocional é a dimensão do *Burnout* que se correlaciona de forma mais significativa com todas as dimensões do *Tecnostress*. Contudo, a potência das correlações é pouco forte, variando as correlações significativas do *Burnout* com *Tecnostress* entre .16 e .36, enquanto as correlações internas de cada instrumento apresentam valores de potência mais elevados.

Tabela 30. Mínimo, máximo, médias, desvios-padrão e correlações das subescalas da RED-TIC e do MBI

Dimensões (0-6)	Min.- Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6
1.Descrença	0 - 5	1.28	1.08	-	-	-	-	-	-
2.Fadiga	0 - 4.25	1.16	1.08	.46 **	-	-	-	-	-
3.Ansiedade	0 - 5	.99	.95	.39 **	.67 **	-	-	-	-
4.Ineficácia	0 - 4.25	.84	.83	.36 **	.40 **	.60 **	-	-	-
5.Exaust. Emocional	0 - 5.56	1.92	1.14	.21 **	.36 **	.23 **	.16 *	-	-
6.Realiz.Pessoal	1 - 6	4.49	.95	.03	-.06	-.12	-.13	-.18 *	-
7.Despersonalização	0 - 4	.79	.87	.09	.08	.07	.12	.33 **	-.33 **

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

De forma a analisar o impacto do *Burnout* no *Tecnostress*, ponderando o impacto de outras variáveis relevantes como as sociodemográficas e as relativas ao Local de trabalho, realizaram-se quatro regressões hierárquicas (uma para cada subescala do RED-TIC) introduzindo esses grupos de variáveis nos sucessivos blocos (Tabelas 31 e 32). A regressão na subescala de Descrença devolveu modelos todos eles não significativos, sendo o mais elevado,  $R^2 = .25$ ,  $F(11, 29) < 1$ . O mesmo se verificou com a regressão na subescala de Ineficácia, mais elevado,  $R^2 = .30$ ,  $F(11, 29) = 2.11$ , *ns*. Por esta razão, apresentam-se apenas os resultados relativos às regressões nas subescalas de Fadiga e Ansiedade as quais revelaram valores significativos (Tabelas 2 e 3).

No que diz respeito à dimensão Fadiga (Tabela 31), apenas variáveis psicológicas a predizem de forma relevante. Efetivamente, as variáveis sociodemográficas e do Local de trabalho não têm poder preditivo significativo explicando no seu conjunto 16 a 19% da variância da Fadiga. Já com a introdução das subescalas do MBI no modelo, este passa a explicar 56% da variância (mas por si só, o *Burnout* explica cerca de 37%). Todas as dimensões do *Burnout* têm um impacto significativo na Fadiga registada pelos participantes mas como seria de prever, a Exaustão Emocional tem um impacto positivo (i.e., quanto maior

a exaustão maior a fadiga), enquanto a Realização Pessoal e a Despersonalização têm um impacto negativo. Contudo, é de notar que, no modelo total, a Existência de filhos, o Estado civil e o Local de trabalho são preditores significativos da Fadiga. Concretamente, os participantes sem filhos, não casados e os que trabalham em contexto de Centro de Saúde registam mais fadiga face às TIC, do que os que têm filhos, são casados e trabalham em contexto hospitalar.

Tabela 31. Coeficientes de regressão (B) para a subescala Fadiga (RED-TIC)

	<i>Modelo 1</i>	<i>Modelo 2</i>	<i>Modelo 3</i>
Sexo (masculino)	1.24	1.01	.35
Escolaridade (licenciatura)	.35	.26	.27
Filhos (sim)	1.81*	1.77*	1.73*
Estado civil (Casado)	1.02	1.19	1.09*
Idade	.10**	.05	.09
Local de trabalho (Centro de saúde)		-.88	-1.35*
Tipo de contrato (tempo indeterminado)		.56	.04
Anos na instituição		.11	.07
Exaustão emocional			.47*
Realização pessoal			-.67*
Despersonalização			-.64*
<i>F Change</i>	2.14	1.23	6.80**
<i>R</i> <sup>2</sup>	.16	.19	.56 **

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

No caso da Ansiedade (Tabela 32), quer as variáveis sociodemográficas quer as do Local de trabalho, têm poder preditivo significativo, mas tal como na Fadiga são as variáveis psicológicas que mais contribuem para o modelo. Concretamente, as sociodemográficas explicam 26% da variância da Ansiedade. Quando associadas às variáveis de trabalho passam a explicar cerca de 43%, mas com a introdução do *Burnout*, o modelo passa a explicar 71% da Ansiedade (mas por si só, o *Burnout* explica cerca de 28%). Efetivamente, verifica-se que, no modelo final, a Existência de filhos, o Estado civil, o Local de trabalho e Número de anos na instituição, são preditores significativos da Ansiedade. Especificamente, os inquiridos sem filhos, não casados, com mais anos na instituição e a trabalhar em contexto hospitalar, apresentam níveis mais elevados de Ansiedade. No que diz respeito às variáveis psicológicas, a Exaustão Emocional não está relacionada com a Ansiedade. Contudo, quanto mais elevada a Realização Pessoal registada pelos inquiridos, menos Ansiedade eles registaram. Da mesma forma, quanto maior a Despersonalização registada, menor a Ansiedade.

Tabela 32. Coeficientes de regressão (B) para a subescala Ansiedade (RED-TIC)

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Sexo (masculino)	1.77**	1.54	.95
Escolaridade (licenciatura)	.67	.56	.60
Filhos (sim)	2.16**	2.04**	2.11**
Estado civil (Casado)	1.26*	1.50*	1.48**
Idade	.10**	.00	.05
Local de trabalho (Centro de saúde)		-.96	-1.43**
Tipo de contrato (tempo indeterminado)		.94	.67
Anos na instituição		.15**	.12**
Exaustão emocional			.31
Realização pessoal			-.61**
Despersonalização			-.64*
F Change	3.04*	3.33*	7.95**
R <sup>2</sup>	.26*	.43**	.71 ***

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

#### 7.4. Discussão

Através dos dados obtidos, no que se refere às características da amostra de profissionais de enfermagem inquiridos, verifica-se que a maioria são mulheres, o que é coerente com os dados da Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho quando estima que, no sector da saúde, 70% dos trabalhadores são do género feminino (EU-OSHA, 2014a). Estes dados podem explicar o facto de existirem níveis moderados de exaustão emocional e baixos de despersonalização, pois os estudos sobre *burnout* sistematicamente referem médias superiores de exaustão emocional no sexo feminino, e de despersonalização no sexo masculino (Maslach et al., 2001; Norlund et al., 2010; Purvanova & Muros, 2010; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Relativamente aos níveis de *burnout* encontrados na amostra total, são reduzidos segundo a categorização recente de Maroco e colaboradores (2016), e baixos também comparativamente a outros estudos nacionais disponíveis (Maroco et al., 2016; Queirós, 2005; Queirós et al., 2013). Note-se que Maroco e colaboradores (2016), num estudo recente com profissionais de saúde, desenvolvido a nível nacional, referiram a presença de níveis médios de *burnout* em enfermeiros, embora com grande variância entre distritos. O facto de esta amostra ser proveniente de uma zona interior, na qual as exigências no trabalho ainda estão de certa forma abaixo do que acontece nas grandes cidades portuguesas (Silva et al., 2015) pode explicar o reduzido *burnout*. Além disso, os inquiridos estão em média há cerca de 12 anos na mesma instituição e no interior norte ainda predomina uma cultura de entreatajuda e conhecimento mútuo que pode constituir um recurso organizacional de suporte, o que no

modelo teórico de exigências-recursos pode constituir um fator protetor do *burnout* (Bakker et al., 2005; Demerouti et al., 2001). Em termos de idade e de anos de serviço, os profissionais inquiridos estão a meio da sua carreira profissional e apresentam já alguma experiência de serviço, o que pode significar capacidade de adaptação às exigências da profissão e reformulação das expectativas iniciais, funcionando estes fatores como protetores de *burnout* (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Também o facto de possuírem elevadas habilitações literárias, serem predominantemente casados e terem contratos de trabalho por tempo indeterminado pode constituir um fator protetor de *burnout* (Adriaenssens et al., 2015; Ksaizek, Stefaniak, Stadnyk & Ksaizek, 2011; Queirós et al., 2013).

Para a variável *tecnostress*, os resultados obtidos são também baixos, e a utilização das TIC parece portanto não constituir fator adicional de *stress* em contexto de trabalho, o que permite inferir que estes profissionais apresentam uma atitude positiva face à utilização das TIC. Estudos desenvolvidos no âmbito do *tecnostress* com amostras de outros profissionais revelaram que os médicos apresentam maior *tecnostress*, comparativamente com polícias (Teixeira, 2014), enquanto Madureira (2014) num estudo desenvolvido com profissionais do INEM concluiu que estes profissionais apresentavam um grau baixo de *tecnostress*. Tendo em consideração que a média de idades é de cerca de 40 anos e que a média de anos de serviço é de cerca de 17 anos, estamos perante uma amostra de enfermeiros relativamente jovens e cuja formação já decorreu com algum contacto com as TIC, devendo, por isso, ter alguma facilidade na sua utilização quer a nível pessoal, quer a nível profissional, bem como capacidade de gestão do *stress* no trabalho, sendo de esperar encontrar maiores níveis de *tecnostress* em profissionais mais velhos (Garde et al., 2006; Tu et al., 2005). Tacy (2016) analisa vários estudos das TIC em contexto de formação de enfermeiros e salienta o facto de as TC serem cada vez mais utilizadas na educação, mas sobretudo refere que o ensino da enfermagem incorpora já frequentemente as TIC, seja nos recursos utilizados, seja nas modalidades de ensino-aprendizagem, o que permite desenvolver competências tecnológicas, curiosidade pelas TIC e não ter medo de falhar ou de ser visto como incompetente ao utilizar as TIC. Assim, o estudante começa desde o início da sua formação a familiarizar-se com a tecnologia no exercício da sua atividade profissional e, ao ter de lidar com o *stress* no trabalho, o seu à vontade com as TC não constitui mais um elemento stressor. Contudo, é necessário alertar para a constante renovação tecnológica e necessidade de atualização por parte do enfermeiro (Ayyagari et al., 2011; Ninaus et al., 2015), bem como para o facto de a tecnologia dificultar o processo de separação entre os contextos familiar e profissional (Brown et al., 2014), o que em momentos de carga excessiva de trabalho pode aumentar os

níveis de *stress* e de *burnout*, tendo impacto negativo na saúde e na satisfação dos profissionais (Park & Cho, 2016; Srivastava et al., 2015).

Encontraram-se correlações significativas entre *burnout* e *tecnostress*, nomeadamente entre a dimensão exaustão emocional do *burnout* e todas as dimensões internas do *tecnostress*, especialmente com a dimensão fadiga, o que corrobora com dados da literatura que estabelecem correlação entre estes dois fenómenos (Oluwole, 2013; Salanova & Llorens, 2009), bem como contribui para reforçar a interpretação de que o *tecnostress* está associado ao *stress* no trabalho, ao desequilíbrio entre exigências das tarefas e recursos do profissional, e ao facto de este se sentir sempre conectado tecnologicamente ao trabalho, mesmo não estando presente no local (Brown et al., 2014; Krisnan, 2017; Ninaus et al., 2015; Park & Cho, 2016). A análise de regressão revelou que as variáveis medidas explicam razoavelmente a ansiedade face às TIC. Considerando cada dimensão, para a fadiga, a compreensão das suas causas foi também promovida, uma vez que este estudo indica que é apenas explicada pelo *burnout* e que as restantes variáveis não têm nela um impacto relevante. No que diz respeito à descrença nas TIC e aos sentimentos de ineficácia face às TIC, o estudo revelou não haverem correlatos significativos entre os três conjuntos de preditores considerados. O facto de os níveis de *tecnostress* e de *burnout* não serem elevados pode ter dificultado encontrar preditores significativos, bem como o impacto de características individuais e profissionais.

## 7.5. Conclusões

O trabalho surge como atividade, não apenas inerente ao individuo mas também como ação indispensável para o desenvolvimento pessoal e coletivo, que constituiu fonte de bem-estar, por um lado, e de mal-estar, por outro, com manifestações múltiplas e vulnerabilidade aos riscos psicossociais (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009; Neto, Areosa & Arezes, 2014). Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, constituem um grupo profissional exposto a uma variedade de fatores adversos, de diferentes naturezas, facilmente desencadeadores de doenças profissionais. Este estudo, desenvolvido com enfermeiros do Interior Norte de Portugal, encontrou níveis baixos de *tecnostress* e *burnout*, e, comparativamente com outros estudos nacionais com amostras de profissionais de enfermagem em desempenho de funções em grandes centros do litoral, os valores obtidos para o *burnout* parecem ser, neste estudo, inferiores. No que respeita à variável *tecnostress* os estudos nacionais desenvolvidos são em número reduzido, sendo que os que existem são referentes a outras populações de profissionais, nomeadamente profissionais do INEM (Madureira, 2014) e médicos e polícias (Teixeira, 2014), cujos valores foram também baixos, embora superiores em médicos.

Tratando-se neste último estudo de profissionais de saúde, seria interessante comparar, no futuro, a utilização das TIC e o *tecnostress* em diferentes grupos profissionais no sector da saúde.

Uma das explicações avançadas para os resultados obtidos neste estudo, para as variáveis de saúde ocupacional exploradas (*burnout* e *tecnostress*) reporta às características sócio-geográficas, pois o Interior-Norte de Portugal difere dos grandes centros do litoral em indicadores específicos de qualidade de vida. Apesar de antigo, um estudo de Mendes (1999) no âmbito das diferenças de competitividade entre regiões portuguesas concluiu que a baixa criminalidade, menor poluição e reduzido custo da habitação constituíam fatores de incremento na qualidade de vida da população residente no Interior. Estes resultados parecem ainda ser atuais, desta forma, e articulando com os resultados do presente estudo, tais indicadores poderão constituir fator pessoal/psicológico protetor do desenvolvimento de *stress*.

Embora os resultados deste estudo apontem para a ausência de resultados preocupantes no que respeita às variáveis *burnout* e *tecnostress*, é relevante monitorizar a saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, através de estudos/investigações regulares, pois esta amostra não poderá ser considerada representativa em termos nacionais. Dados da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho apontam que em 2030, trabalhadores com idades compreendidas entre 55 e 64 anos de idade venham a constituir 30%, ou mais, da população ativa em muitos países Europeus (EU- OSHA, 2016). Com a idade da reforma a aumentar, muitos são os desafios tecnológicos, colocados a uma população trabalhadora, cada vez mais envelhecida. A investigação, embora não totalmente consensual, correlaciona positivamente a idade com o *tecnostress*, concluindo que usuários mais velhos tendem a perceber como mais complexo o ambiente tecnológico organizacional, quando comparados com usuários mais jovens (Jena & Mahanti, 2014). Além disso, a permanente mudança e renovação tecnológica conduz à tecno-complexidade (Ragu-Nathan et al., 2008), o que a longo prazo constitui um facto de *stress* crónico que pode conduzir ao *burnout*, afetando a qualidade dos serviços prestados. Assim, monitorizar a saúde ocupacional dos profissionais de saúde constitui, duplamente, um desafio e uma necessidade à qual é necessário dar resposta, sem esquecer os estudos recentes que realçam a formação e a promoção de estratégias de recuperação do *stress* no trabalho de forma a diminuir o *tecnostress* (Ayyagari et al., 2011; Tacy, 2016).

Sendo possível encontrar um elevado número de estudos sobre *burnout* em profissionais de saúde, o *tecnostress*, enquanto variável de estudo, parece estar ainda pouco explorada em

populações de profissionais portugueses, apesar de todo o investimento tecnológico que tem sido efetuado nesta área nos últimos anos, forçando os profissionais de saúde a usar cada vez mais os recursos informáticos na sua relação com o doente (Teixeira, 2014; Tacy, 2016). É nossa expectativa que esta investigação possa ter contribuído no sentido de enriquecer o estado da arte, no que respeita ao conhecimento deste fenómeno, e ainda constituir incentivo a investigações futuras de forma a promover a saúde do trabalhador numa área em que existem inúmeros acidentes de trabalho (até subnotificados segundo o estudo de Arieiro, Araújo & Graça, 2016) e na qual os problemas de saúde ocupacional e de segurança no trabalho podem comprometer o bom desempenho e cuidados prestados aos utentes no serviço de saúde.

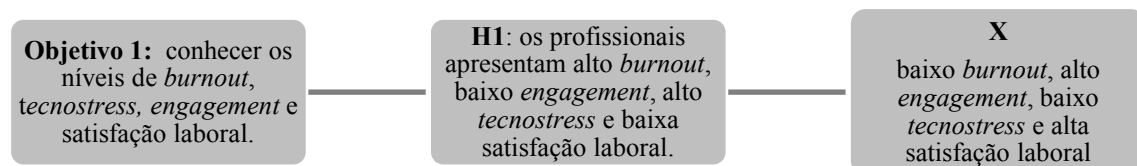
Terminada a apresentação do estudo empirico 3, apresentam-se seguidamente as conclusões de toda a investigação desenvolvida.

## **CONCLUSÕES**



Apresentamos, por fim, a conclusão global deste trabalho, utilizando como estrutura o retomar dos objetivos e hipóteses, referindo o seu cumprimento e verificação, e terminando com as limitações e sugestões de investigação futura. Recorde-se, então, que esta tese teve como **primeiro objetivo** (Figura 8) conhecer o estado de saúde ocupacional dos profissionais de saúde da ULS-NE, integrando estas categorias profissionais diversas, nomeadamente: médicos; enfermeiros; TDT (radiologistas, fisioterapeutas, técnicos de análises clínicas e de saúde pública, técnicos de saúde ambiental, cardiopneumologistas e terapeutas da fala) e Técnicos Superiores (psicólogos clínicos, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêutica). No âmbito deste objetivo formulamos a **hipótese 1**, que previa, de acordo com a literatura, níveis altos de *burnout* e *tecnostress* e níveis baixos de *engagement* e satisfação laboral. Foi rejeitada, pois estes profissionais apresentaram baixos níveis de *burnout* e de *tecnostress* e níveis moderados a altos de *engagement* e satisfação laboral. Assim, concluímos que apresentavam um bom estado de saúde ocupacional.

Figura 8. Descrição do Objetivo 1 e Hipótese 1

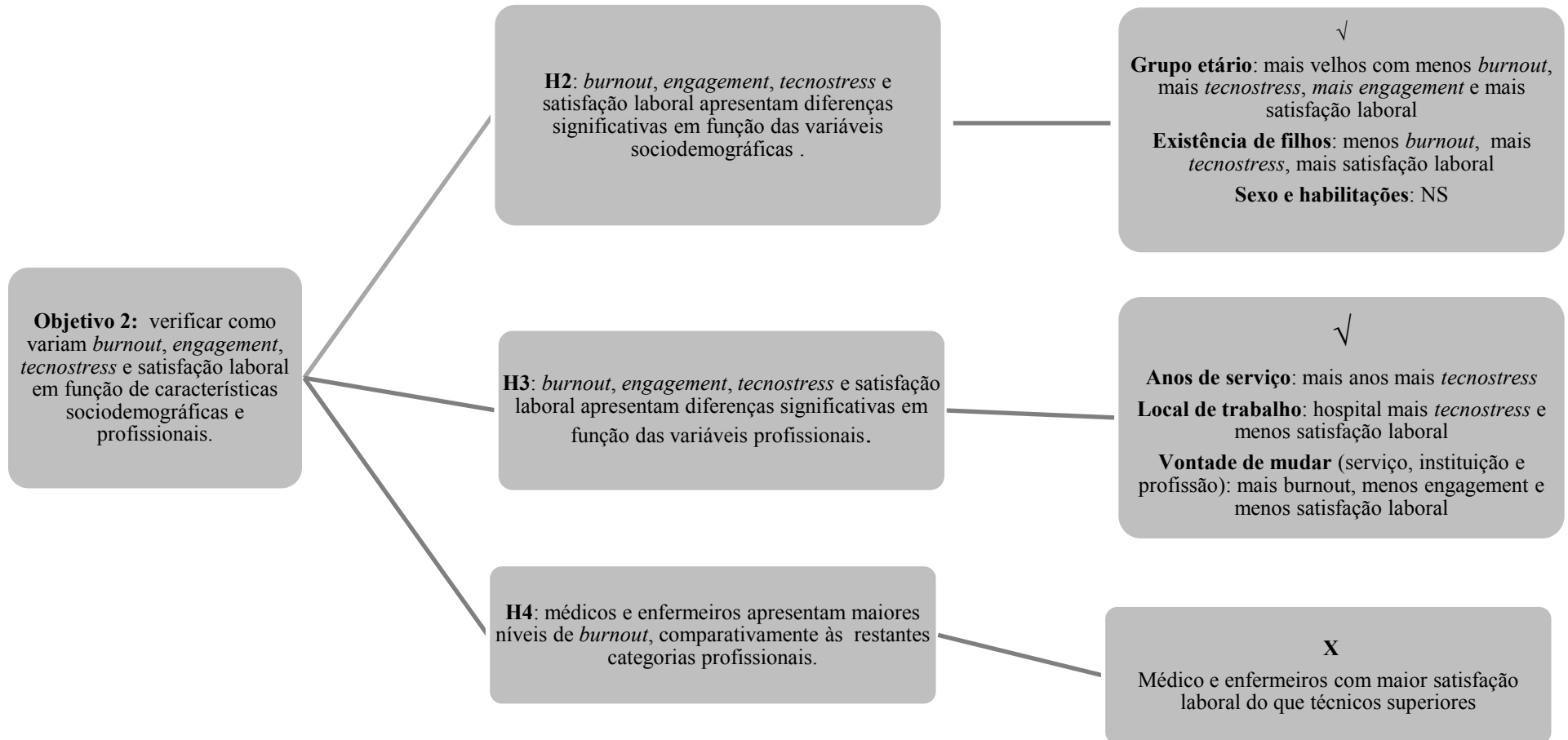


No que se refere ao **segundo objetivo** (Figura 9) este pretendia verificar como variam o *burnout*, *tecnostress*, *engagement* e satisfação laboral em função de características sociodemográficas e profissionais, colocando como **hipótese 2** que iríamos encontrar diferenças significativas para as variáveis sociodemográficas. Concluiu-se que foi parcialmente confirmada, pois apesar de o sexo e habilitações literárias não terem tido impacto significativo nas variáveis dependentes estudadas, já o grupo etário revelou-se significativamente influente em todas, com o grupo dos mais velhos a ter valores mais baixos no *burnout* e mais elevados no *engagement* e satisfação laboral, revelando, no entanto, valores superiores de *tecnostress*, indicativos de maior vulnerabilidade. A existência de filhos teve um

impacto significativo no *burnout*, satisfação laboral e *tecnostress*, registrando-se menor *burnout*, maior satisfação laboral e maior *tecnostress* nos profissionais com filhos.

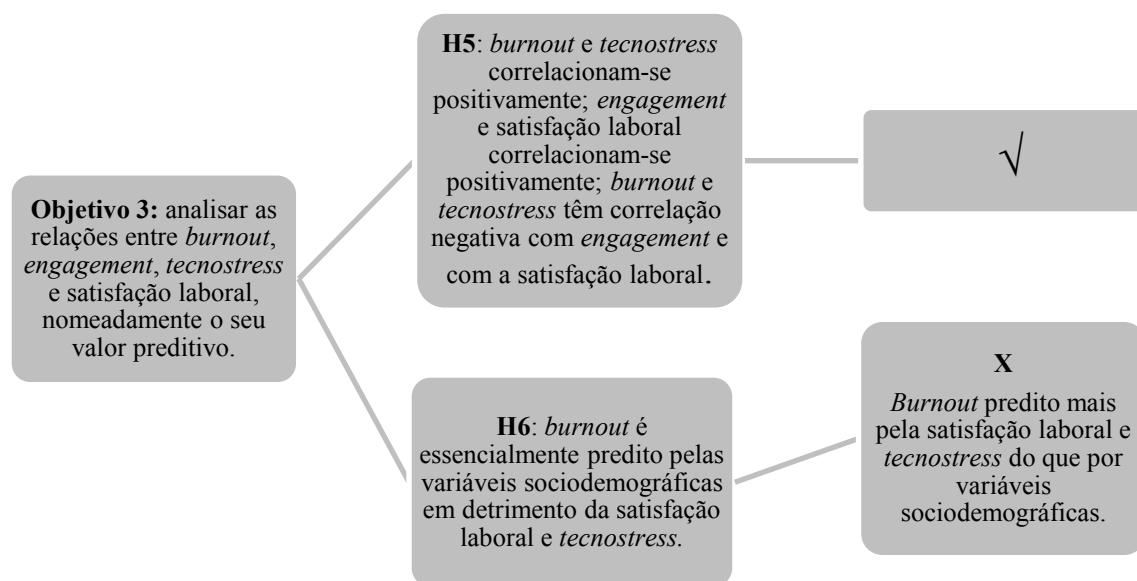
Ainda no segundo objetivo, no que remete para as variáveis profissionais, formulamos a **hipótese 3**, que previa que as variáveis *burnout*, *engagement*, *tecnostress* e satisfação laboral apresentam diferenças significativas em função das variáveis profissionais. Concluímos que foi parcialmente confirmada, pois os anos de serviço influenciaram o *tecnostress*, superior nos profissionais com mais anos, enquanto no que se refere ao local de trabalho, o contexto hospitalar apresentou maiores níveis de *tecnostress* e menores níveis de satisfação laboral, sugerindo melhor estado de saúde ocupacional nos profissionais dos cuidados de saúde primários. As variáveis mudar de profissão, mudar de instituição e mudar de serviço influenciaram todas as variáveis dependentes, à exceção do *tecnostress*, com o grupo de profissionais com desejo de mudança a apresentarem maior *burnout*, menor *engagement* e menor satisfação laboral. Formulamos ainda a **hipótese 4**, que previa níveis superiores de *burnout* em profissionais médicos e de enfermagem comparativamente com as restantes categorias profissionais. Foi rejeitada, pois a variável categoria profissional não revelou ter diferenças significativas no *burnout*, *engagement* e *tecnostress*. No entanto, apresentou impacto na variável satisfação laboral, com os enfermeiros e médicos mais satisfeitos respetivamente com a supervisão e benefícios, em oposição aos técnicos superiores.

Figura 9. Descrição do Objetivo 2 e Hipóteses 2, 3 e 4



No que respeita ao **terceiro objetivo** (Figura 10), que pretendia analisar as relações entre *burnout*, *tecnostress*, *engagement* e satisfação laboral, formulou-se a **hipótese 5** que, de acordo com a literatura, previa a existência de correlação positiva entre *burnout* e *tecnostress*, correlação positiva entre *engagement* e satisfação laboral, e, ainda, que o *burnout* e *tecnostress* apresentassem uma relação de correlação negativa quer com o *engagement* quer com a satisfação laboral. Concluímos que esta hipótese foi totalmente confirmada, tendo-se encontrado as relações de correlação previstas. Verificamos ainda níveis de correlação mais elevados das variáveis *engagement* com satisfação laboral e *burnout* com *engagement*. Ainda no âmbito deste terceiro objetivo, formulou-se a **hipótese 6**, segundo a qual o *burnout* seria essencialmente predito pelas variáveis sociodemográficas em detrimento da satisfação laboral e do *tecnostress*. Foi rejeitada, tendo-se concluído o oposto, pois pela análise de regressão verificou-se que as variáveis sociodemográficas apresentam menor poder preditivo comparativamente com as variáveis satisfação laboral e *tecnostress*.

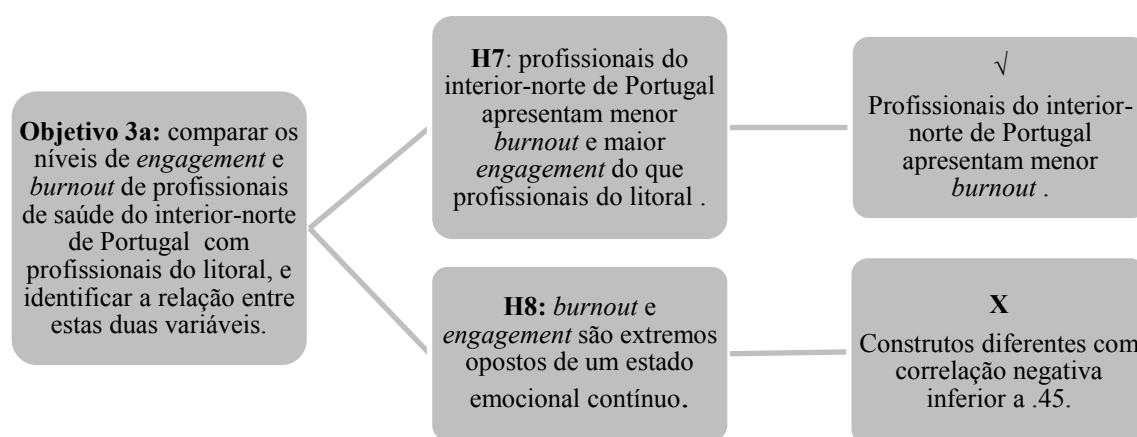
Figura 10. Descrição do Objetivo 3 e Hipóteses 5 e 6



Visando aprofundar a investigação, quer das variáveis em análise, quer da amostra, desenvolveram-se os estudos empíricos 2 e 3 (Capítulos VI e VII). Especificamente no estudo 2 (Capítulo VI) pretendeu-se dar resposta ao **objetivo 3a** (Figura 11) de comparar os níveis de *engagement* e *burnout* dos profissionais de saúde do interior-norte de Portugal com os do

litoral e ainda identificar a relação entre *engagement* e *burnout* e verificar se constituem extremos opostos de um estado emocional contínuo. Formulou-se a **hipótese 7** que previa que profissionais de saúde do interior-norte de Portugal apresentavam significativamente menor *burnout* e maior *engagement*, comparativamente com profissionais de saúde do litoral do país. Foi parcialmente confirmada, pois encontramos na nossa amostra níveis inferiores de *burnout*, comparativamente aos estudos realizados com profissionais do litoral e até a nível nacional. No que respeita ao *engagement*, obtivemos níveis intermédios, inferiores aos relatados no estudo nacional de Pereira e colaboradores (2014) com dados de 2013, no entanto superiores aos reportados num estudo realizado no Porto com dados de 2010 (Dias & Queirós, 2011). Ainda no âmbito deste **objetivo 3a** formulou-se a **hipótese 8** que previa que *burnout* e *engagement* constituem extremos opostos de um estado emocional contínuo. Concluiu-se que esta hipótese foi rejeitada, pois os resultados apoiaram a perspetiva de independência de conceitos e construtos, defendida por Schaufeli e Salanova (2007, 2014). Embora pela análise de regressão se tenha verificado que o vigor explica 30% da exaustão emocional, este valor é claramente insuficiente para alimentar a hipótese de que *engagement* e *burnout* são o mesmo conceito aplicado a extremos opostos de um contínuo, atendo a que as correlações variaram entre o valor de -.41 e de .28, inferiores ao valor máximo de -1, tradutor de forte correlação negativa e de interligação oposta dos conceitos.

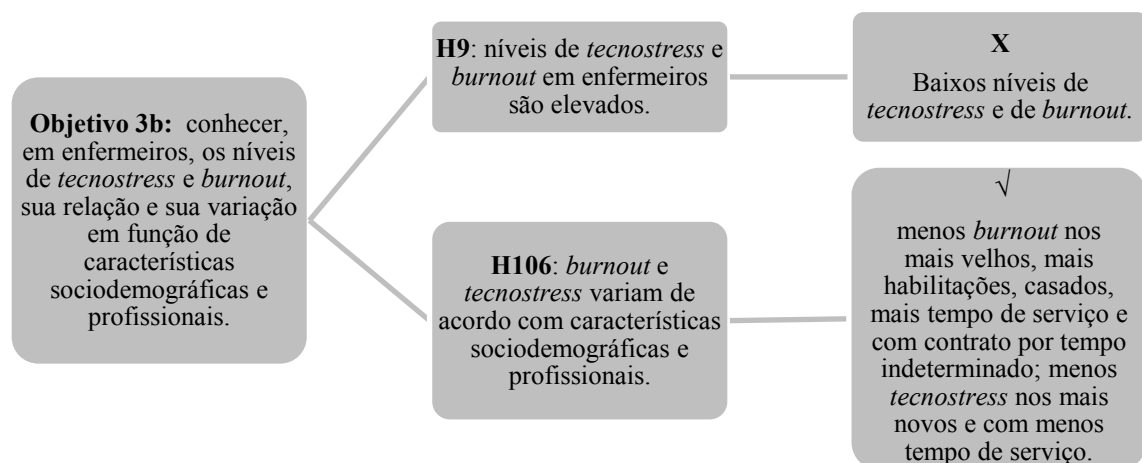
Figura 11. Descrição do Objetivo 3a e Hipóteses 7 e 8



Para o estudo 3 (Capítulo VII), concebido para dar resposta ao **objetivo 3b** (Figura 12) de conhecer os níveis de *tecnostress* e *burnout* em enfermeiros, e conhecer a sua inter-relação e variação em função de características sociodemográficas e profissionais, formularam-se

duas hipóteses de investigação. A **hipótese 9** previa, de acordo com a literatura, que os níveis de *tecnostress* e *burnout* em enfermeiros seriam elevados, devido às características psicoprofissionais e outros fatores de risco. Foi rejeitada pois, contrariamente ao previsto na literatura, e muito embora os enfermeiros constituam um grupo profissional exposto a riscos ocupacionais diversos, no presente estudo verificaram-se níveis baixos de *tecnostress* e *burnout*. Já a **hipótese 10** formulava que, de acordo com a literatura, e nem sempre unanime, os níveis de *burnout* e *tecnostress* dos enfermeiros variariam de acordo com características sociodemográficas e profissionais. Foi parcialmente confirmada, pois encontramos influências significativas, concluindo que as variáveis sociodemográficas idade, habilitações literárias, estado civil, tempo de serviço e tipo de contrato de trabalho tiveram impacto no *burnout*, com profissionais mais velhos, com maior formação, casados, com maior tempo de serviço e com contrato de trabalho por tempo indeterminado a pontuarem menos no *burnout*. Para o *tecnostress* verificou-se que as variáveis idade e tempo de serviço apresentaram impacto, pois, por se tratar de profissionais de enfermagem relativamente jovens (média de 40 anos de idade e 17 de tempo de serviço) apresentaram baixos níveis de *tecnostress*. Ora, a literatura associa ao contacto com as TIC, no percurso de vida pessoal, formativo e profissional mais facilitado em indivíduos jovens, por se encontrarem familiarizados com a tecnologia.

Figura 12. Descrição do Objetivo 3b e Hipóteses 9 e 10



Apresentados os objetivos e a verificação das hipóteses, é de realçar que o estudo desenvolvido nesta tese apresenta algumas limitações que merecem ter reflexão e sugestão para investigação futura. Em primeiro lugar importa referir que o estudo foi de natureza transversal, permitindo apenas a caracterização da amostra para o *burnout*, *engagement*, *tecnostress* e satisfação laboral, refletindo o que aconteceu no momento único de recolha. Seriam necessários estudos longitudinais para concluir sobre a estabilidade dos resultados encontrados, bem como das relações entre variáveis e seus preditores, e da forma como se manifestam a longo prazo e suas consequências. Uma outra limitação remete para o facto de a amostra ter sido selecionada por conveniência, enquadrada no contexto que se pretendia investigar, o interior-norte de Portugal. A amostra foi de voluntários e, não sendo representativa de toda a população de profissionais de saúde de portugueses, nem da ULS-NE, deve ter-se especial cuidado na generalização dos resultados. Embora conscientes das recomendações metodológicas, e em conformidade com o documentado na literatura, de que os profissionais de saúde nacionais são maioritariamente do sexo feminino, não nos foi possível a representação proporcional de sexos. Também os serviços integrantes da ULS-NE não estão representados com total proporcionalidade, pelo motivo de que a colaboração e adesão dos profissionais sofreu variações alheias ao controlo da investigadora. Ainda, algumas categorias profissionais encontram-se numericamente mais representadas na nossa amostra, sendo o caso dos profissionais de enfermagem, mas tal não deve ser interpretado como erro da investigação pois reflete a representatividade numérica dessa categoria na instituição em estudo (ULS-NE).

Outra limitação metodológica remete para o facto de se ter utilizado uma metodologia quantitativa, sugerindo-se no futuro devolver estes resultados à ULS-NE e avançar para um estudo qualitativo, pois poderia trazer um contributo complementar enriquecedor. Ainda no que se refere à natureza quantitativa do método utilizado, aplicou-se um questionário de autopreenchimento como instrumento de recolha de dados, que apresenta como desvantagens, possíveis enviesamentos como a tendência de resposta de acordo com a desejabilidade social, aleatoriedade de resposta, entre outras descritas na literatura.

No futuro consideramos pertinente alargar o estudo a profissionais de saúde de outros distritos do interior-norte de Portugal para que possam trazer um contributo para a melhor compreensão do estado de saúde ocupacional e seus preditores, dos profissionais de saúde de áreas geográficas academicamente menos exploradas, comparativamente com os grandes centros urbanos do litoral português (Lisboa e Porto). Tendo em consideração estudos recentes sobre as nossas variáveis, seria interessante, considerar em estudos futuros a

influência dos traços de personalidade no *tecnostress* (Krishnan, 2017), bem como os perfis de burnout e de engagement (Leiter & Maslach, 2016) e o impacto do uso de tecnologias na interacção trabalho-família (Leung & Zhang, 2017). Sugerimos também a utilização de metodologias qualitativas e longitudinais, que permitam uma compreensão, em profundidade, das dinâmicas e consequências das variáveis, na saúde ocupacional dos profissionais.

No que se refere às análises estatísticas realizadas, pelo facto de termos inicialmente numa tese em formato de 3 artigos, cuja publicação atrasou muito por motivos alheios ao nosso controle e investimento (possibilitando apenas 2 publicações), consideramos pertinente rentabilizar estes resultados com análises posteriores de correlação e preditores entre outras variáveis estudadas. Realizamos apenas análises de regressão de forma a conhecer os principais preditores do *burnout*, mas esta análise será no futuro extensível a todas as variáveis dependentes estudadas. Esta nossa opção prendeu-se ainda com o facto de o *burnout* ser a variável cujo impacto tem sido descrito como mais negativo na saúde ocupacional dos trabalhadores, e por, como Maslach (2015) tem vindo a referir, ser altura de ao se conhecer os níveis de *burnout*, avançar para intervenções que o mitiguem. É também o momento de aplicar no terreno as sugestões das campanhas da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2016) sobre a gestão do *stress* nos locais de trabalho, fenómeno que tanto preocupa o mundo ocidental, e que motiva a realização de eventos<sup>4</sup> na procura de respostas e soluções com vista à criação de ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar dos trabalhadores. Esperemos que esta tese possa, de alguma forma, contribuir para uma maior consciencialização deste fenómeno, numa zona geográfica afastada dos grandes centros populacionais portugueses, bem como para demonstrar o empenho que os profissionais da ULS-NE apresentam no cuidar de si enquanto cuidam dos outros.

---

<sup>4</sup> 12th International Conference on Occupational Stress and Health, "Work, Stress and Health 2017: Contemporary Challenges and Opportunities" (in <http://www.apa.org/wsh/index.aspx>)



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abercrombie, N., Hill, S., & Huner, B. (2000). *The penguin dictionary of sociology*. UK: Penguin Books.
- Abraham, S. (2002). Job Satisfaction as an Antecedent to Employee Engagement. *SIES Journal of Management*, 8(2), 27-36.
- Abranches, S., Morufuse, N., & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 4-10.
- Ackerley, G., Burnell, J., Holder, D., & Kurdek, L. (1988). Burnout among licensed Psychologist. *Professional Psychology: research and practice*, 19, 624-631.
- Adali, E., Priami, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M., & Alevizopoulos, G. (2003). Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *European Journal Psychiatric*, 17(3), 161-170.
- Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental and social psychology* (pp. 276-299). New York, NY: Academic Press.
- Adriaenssens, J., Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661.
- Agapito, S., & Sousa, F. (2010). A influência da insatisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 132-139.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lonngvist, J. (2006). Burnout in the general population - results from the Finnish Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 11-17.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalsky, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 20(3), 43-53.
- Akvardar, Y., Demiral, Y., Ergor, G., & Ergor, A. (2004). Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 502-506.
- Alarcon, G., & Edwards, J. (2011). The relationship of engagement, job satisfaction and turnover intentions. *Stress and Health*, 27, 294-298.
- Alarcon, G., Eschleman, J., & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: a meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263.
- Al-Fudail, M., & Mellar, H. (2008). Investigating teacher stress when using technology. *Computers & Education*, 51, 1103-1110.
- Alge, B. (2001). Effects of Computer Surveillance on Perceptions of Privacy and Procedural Justice. *Journal of Applied Psychology*, 84(6), 797-804.
- Alliex, S., & Ururita, V. (2004). Caring in a technological environment: how is this possible? *Contemporary Nurse*, 17(1-2), 32-43.

- Arieiro, V., Araújo, C., & Graça, L. (2016). A subnotificação de acidentes de trabalho: prevalência nos enfermeiros de serviços de urgência. *International Journal on Working Conditions*, 11, 11-17.
- Arnetz, B., & Wiholm, C. (1997). Technological stress: psychophysiological symptoms in modern offices. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 35-42.
- Arshadi, N., & Danesh, F. (2013). Designing and testing a model of precedents and outcomes of emotional labour in an industrial organization in Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 84, 1529-1533.
- Awa, W.L., Martina, P., & Ulla, W. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184-190.
- Ayyagari, R., Grover, V., & Purvis, R. (2011). Technostress: technological antecedents and implications. *MIS Quarterly*, 35(4), 831-858.
- Azevedo, R. (2012). *Satisfação no trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
- Bakker, A. (2014). Top-down and bottom-up interventions to increase work engagement. In P.J. Hartung, M.L. Savickas & W.B. Walsh (Eds.), *APA Handbook of Career Intervention*, vol. 2 (pp. 427-438). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bakker, A., & Bal, P. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 189-206. doi: 10.1348/096317909X402596.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13, 209-223. doi:10.1108/13620430810870476
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2014). Job demands- resources theory. In P.Y. Chen & C.L. Cooper (Eds.), *Work and wellbeing: A complete reference guide*, vol. 3 (pp. 37-64). Chichester, England: Wiley Blackwell.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Euwema, M. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170-180.
- Bakker, A., Demerouti, E., Hakanen, J., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274-284.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389-411.

- Bakker, A., Demerouti, E. & Schaufeli, W. (2003). The socially induced burnout model. In S.P. Shohov (Ed.). *Advances in Psychology Research* (pp. 13-30). New York: Nova Science Publishers.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2005). The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, 58(5), 661-689.
- Bakker, A., Killmer, C., Siergriest, J., & Schaufeli, W. (2000). Effort-reward imbalance and job burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 884-891.
- Bakker, A., Schaufeli, W., Leiter, M., & Taris, T. (2008). Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22, 187-200.
- Bamford, M., Wong, C., & Laschinger, H. (2013). The influence of authentic leadership and areas of worklife on work engagement of registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 529-540.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barra, D., Nascimento, E., Martins, J., Albuquerque, G., & Erdmann, A. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 422-430.
- Batista, V., Santos, R., Santos, P., & Duarte, J. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparative em dois Modelos de gestão Hospitalar. *Revista Referência*, 2(12), 57-69.
- Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., & Wirsching, M. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79, 199-204.
- Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A., & Moreno-Jiménez, B. (2003). O Burnout e o Profissional de Psicologia. *Revista Eletrônica InterAcção Psy*, 1(1), 34-67.
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 782-787.
- Blais, R., Safianyk, C., Magnam, A., & Lapierre, A. (2010). Enquête auprès de médecins ayant utilisé le Programme d'aide aux médecins du Québec. *Canadian Family Physician*, 56(10), 383- 389.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- Bonfim, R.M. (2012). *Elementos de tecnostress e síndrome de burnout presentes no processo de trabalho do perito médico previdenciário*. Brasil: CENBRAP

- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no *stress*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, 37-42.
- Boswell, W.R., & Olson-Buchanan, J.B. (2007). The use of communication technologies after hours: The role of work attitudes and work-life conflict. *Journal of Management*, 33, 592-610.
- Bradley, H.B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359-370.
- Brattberg, G. (2006). Short communication: User Friendly and useworthy *stress* barometer. *Stress and Health*, 22, 105-114. doi: 10.1002/smi.1081
- Brillhart, P. (2004). Technostress in the workplace: managing *stress* in the electronic workplace. *The Journal of American Academy of Business Cambridge*, 5, 302-307.
- Brod, C. (1984). *Technostress: The human cost of the computer revolution*. Reading Mass: Addison-Wesley.
- Brown, R., Duck, J., & Jimmieson, N. (2014). E-mail in the workplace: the role of *stress* appraisals and normative response pressure in the relationship between e-mail stressors and employee strain. *International Journal of Stress Management*, 21(4), 325-347.
- Burke, R. Koyuncu, M., Tekinkus, M., Bektas, C., & Fimsenbuam, L. (2012). Work *engagement* among nurses in Turkish hospitals: Potential antecedents and consequences. *Industrial Relations and Human Resources Journal*, 14, 7-24. doi: 10.4026/1303-2860.2012.192.x
- Bussing, A., Bissels, T., Fuchs, V., & Perrar, K. (1999). A dynamic modelo of work satisfaction: qualitative approaches. *Human Relations*, 52(8), 999-1028.
- Buunk, B., & Schaufeli, W.(1993). *Burnout*: A perspective from social comparison theory. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 53-69). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Byrne, B.M. (1999). The nomological network of teacher burnout: a literature review and empirically validated model. In R. Vandenberg & A.M. Huberman (Eds.) *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of International Research practice* (pp. 15-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cadiz, D.M. (2010). *The effects of ageism climates and core self-evaluations on nurses' turnover intentions, organizational commitment and work engagement*. Doctoral thesis in Applied Psychology. Oregon: Portland State University. Acedido em Dezembro 2016 in [http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1049&context=open\\_access\\_etds](http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1049&context=open_access_etds)
- Campos, J., Trotta, O., Bonafé, F., & Maroco, J. (2010). Burnout in dentists in the public sector: to be or not to be, that is the question. *Revista de Odontologia da UNESP*, 39, 109-114.
- Carlotto, M. (2011a). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 7-26.
- Carlotto, M. (2011b). Tecnoestresse: diferenças entre homens e mulheres. *Revista Psicologia, Organização e Trabalho*, 11(2), 51-64.

- Carlotto, M., & Câmara, S.G. (2008). Propriedades psicométricas do questionário de satisfação no trabalho (S20/23). *Psico-USF*, 2, 203-210.
- Carlotto, M., Librelotto, R., Pizzinato, A., & Barcinski, M. (2012). Prevalência e factores associados à Síndrome de Burnout nos professores de ensino especial. *Análise Psicológica*, 30, 315-327.
- Carod-Artal, F., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout Syndrome in an International Setting. In S. Bahrer-Kohler (Ed.), *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 15-35). Berlin: Springer.
- Carver, C., & Scheier, M. (1982). Control theory: a useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-200.
- Castro, J., Lago, H., Fornelos, M. C., Novo, P., Saleiro, R. M., & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 29(2), 157-172.
- Cavanagh, S. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6), 704-711.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 135-149). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Chiavenato, I. (1994). *Recursos Humanos*, 3.<sup>a</sup> ed.. São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (2005). *Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das Organizações*, 2.<sup>a</sup>ed. Lisboa: Editora Campus.
- Clark, A.E. (1996). Job Satisfaction in Britain. *British Journal of Industrial Relations*, 34(2), 89-217.
- Compeau, D., & Higgins, C. (1995). Computer Self-Efficacy: Development of a Measure and Initial Test. *MIS Quarterly*, 19(2), 189-211.
- Compeau, D., Higgins, C., & Huff, S. (1999). Social cognitive theory and individual reactions to computing technology: A longitudinal study. *MIS Quarterly*, 23, 145.
- Cooper, C. (1986). Job distress: Recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-331.
- Cooper, C.L., Dewe, P., & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational Stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Cordes, C., & Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Correia, A.G. (1999). O Burnout nos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependências: causas e consequências. *Revista de Toxicodependências*, 3(3), 69-79.
- Coughlin, J., Pope, J., & Leedle, B. (2006). Old Age, new technology, and future innovations in disease management and Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 18(3), 196-207.

- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work *stress*, and organizational healthiness. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 177-193). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Cunha, M.P., Rego, A., Cunha, R.C., & Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Curtis, E., Hicks, P., & Redmond, R. (2002). Nursing students experience and attitudes to computers: a survey of a cohort of students on a Bachelor in Nursing Studies course. *ITIN*, 14(2), 7-17.
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2010). Optimismo e Stresse em Estudantes de Enfermagem, *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD: *Revista de Psicología* 1(1), 591-598.
- Day, A., Paquet, S., Scott, N., & Hambley, L. (2012). Perceived information and communication technology (ICT) demands on employee outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(4), 473-491.
- Day, A., Scott, N., & Kelloway, E. K. (2010). Information and communication technology: Implications for job *stress* and employee well-being. In P. Perrewe & D. Ganster (Eds), *New developments in theoretical and conceptual approaches to job stress: Research in occupational stress and well being* (pp. 317–350). Burlington, VT: Emerald Group Publishing.
- Decreto-lei n.º 56/79 de 15 de Setembro. *Diário da República n.º 214/1979 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 248/85 de 15 de Julho. *Diário da República n.º 248/1985 – I Série*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-lei n.º 384-B/85 de 30 de Setembro. *Diário da República n.º 225/1985- 2º suplemento- I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 265/88 de 28 de Julho. *Diário da República n.º 173/1988 – I Série*. Lisboa: Ministério das Finanças.
- Decreto-lei n.º 184/89 de 2 de Junho. *Diário da República n.º 126/1989 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República n.º 195/1990 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. *Diário da República n.º 257/1991 – I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 12/93 de 15 de Janeiro. *Diário da República n.º 12/1993 – I Série A*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-lei n.º 404-A/98 de 18 de Dezembro. *Diário da República n.º 291/1998 – I Série A*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro. *Diário da República n.º 295/1999 – I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.

- Decreto-lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro. *Diário da República n.º 258/2002 – I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 39/2002 de 26 de Fevereiro. *Diário da República n.º 48/2002 – I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 177/2009 de 4 de Agosto. *Diário da República n.º 149/2009 – I Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro. *Diário da República n.º 184/2009 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-lei n.º 67/2011 de 2 de Junho. *Diário da República n.º 107/2011 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M.F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Devi, V., & Nagini, A. (2013). Work-life balance and burnout as predictors of job satisfaction in private banking sector. *Skyline Business Journal*, 1(4), 50-53.
- Dewett, T., & Jones, G.R. (2001). The role of information technology in the organization: A review, model, and assessment. *Journal of Management*, 27, 313-346.
- Dias, A.L. (2009). *Satisfação no trabalho em Portugal: uma análise longitudinal com recurso a Latent Growth Curve Models*. Tese de Mestrado em Prospeção e Análise de Dados. Lisboa: ISCTE.
- Dias, S.R (2012). *A influência dos traços de personalidade no burnout dos Profissionais de Saúde*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Dias, S., & Queirós, C. (2011). *Cuidar dos outros e cuidar de si: burnout, suporte social e engagement em Enfermeiros*. Comunicação no 11º Congresso Nursing, 17-18 Fevereiro, FIL, Lisboa (cedida pelos autores).
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford: Oxford University Press.
- Drucker, P. (1989). *The new realities*. New York: Harper & Row.
- Duchscher, J.E.B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Duran, A., Extremera, N., & Rey, L. (2004). Engagement and burnout: Analyzing their association patterns. *Psychological Reports*, 94, 1048-1050.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press.



- Elovainio, M., Kivimäki, M., Steen, N., & Kalliomäki-Levanto, T. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: a multilevel analysis of job control and personality. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 269-277.
- England, I., & Stewart, D. (2007). Executive management and IT innovation in health. *Health Informatics Journal*, 13(2), 75-87.
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., & Boulanger, J. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 17, 273-279.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2000). *Research on Work-related Stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2002). *Prevention of Psychosocial Risks and Stress at Work in Practice*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2010). *European Risk Observatory Report - European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks: Managing safety and health at work*. Bilbao: EU-OSHA.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2013). *European Opinion Poll on Occupational Safety and Health*. Bilbao: EU-OSHA. of the literature, *Journal of Organizational Behavior Management*, 19, 89-120.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2014a). *Priorities for occupational safety and health research in Europe for the years 2013–2020 Summary report – (updated Jan 2014)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2014b). *Psychosocial risks in Europe: prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2016). *Healthy workplaces for all ages: promoting a sustainable working life - campaign guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission (2000). *Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death? Health and Safety at work*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006). *First European Quality of Life Survey: Urban–rural differences*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fagan, M., Neill, S., & Wooldridge, B. (2003). Na empirical investigation into the relationship between self-efficacy, anxiety, anxiety, experience, support and usage. *Journal of Computer Information Systems*, 44(2), 95-104.

- Farber, B. (1990). *Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. Psychotherapy in Private Practice*, 28, 5-13.
- Farber, B. (1991). *Crisis in Education - Stress and Burnout in the American Teacher*. Oxford: Jossey-Bass Publishers.
- Fennessey, A.G. (2016). The relationship of burnout, work environment, and knowledge to self-reported performance of physical assessment by registered nurses. *MEDSURG Nursing*, 25(5), 346-350.
- Ferguson, S., & Dawson, D. (2012). 12-h or 8-h shifts? It depends. *Sleep Medicine Reviews*, 16(6), 519-528.
- Ferreira, A. (2011). *A satisfação profissional dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no distrito de Braga*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Porto: FEP-UP.
- Ferreira, J., Fernandes, R., Santos, E., & Peiró, M. (2010). Contributo para o estudo psicométrico da versão portuguesa do Cuestionário de Satisfacción Laboral S20/23. *Psychologica*, 52(2), 7-34.
- Ferreira, J.M., Neves, J., & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGrawHill.
- Ferreira, M., & Sousa, L. (2006). Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, 37-46.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fischer, H. (1983). A psychoanalytic view of burnout. In B.A. Farber (Ed.) *Stress and Burnout in the Human Services* (pp. 40-45). New York: Pergamon.
- Fletcher, D., Hanton, S., & Mellalieu, S.D. (2006). An organizational stress review: Conceptual and theoretical issues in competitive sport. In S. Hanton & S.D. Mellalieu (Eds.), *Literature reviews in sport psychology* (pp.321–374). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Form, W., & McMillen, D. (1983). Women, men, and machines. *Work and Occupations*, 10, 147-178.
- Formighieri, V. (2003). *Burnout Em Fisioterapeutas: Influência Sobre a Actividade De Trabalho e Bem-Estar Físico e Psicológico*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Francês, R. (1980). *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Rés-Editora.
- Fraser, T. (1996). *Work, fatigue, and ergonomics. Introduction to industrial ergonomics: a textbook for students and managers*. Toronto: Wall and Emerson.
- Frasquilho, M. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e *Burnout* em médicos: Prevenção e tratamento. *Saúde Mental*, 23, 89-98.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Friedman, M.D., & Rosenman, R.H (1974). *Type A Behaviour and Your Heart*. New York, NY: Knopfl.

- Frone, M., Russell, M., & Cooper, M. (1992). Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface. *Journal of Applied Psychology*, 77(1), 65-78.
- Gabel-Shemueli, R., Dolan, S.L., Suárez Ceretti, A., & Nuñez del Prado, P. (2016). Burnout and engagement as mediators in the relationship between work characteristics and turnover intentions across two Ibero-American nations. *Stress & Health*, 32(5), 597-606. doi:10.1002/smi.2667.
- Garde, S., Harrison, D., Huque, M., & Hovenga, E. (2006). Building health informatics skills for health professionals: results from the Australian Health Informatics Skill Needs Survey. *Australian Health Review*, 30, 34-45.
- Gazzotti, A., & Codo, W. (2002). Histeria: doença profissional. In M. Jacques & W. Codo (Orgs). *Saúde mental & trabalho* (pp.342-400). Petrópolis: Vozes.
- Gefen, D., & Straub, D. (2000). The relative importance of perceived ease of use in is adoption: A study of e-commerce adoption. *Journal of Association of Information Systems*, 1(8), 1-30.
- Ghazzawi, I. (2010). Gender role in job satisfaction: The case of the U.S. information technology professionals. *Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict*, 14(2), 1-34.
- Ghorpade, J., Lackritz, J., & Singh, G. (2007). Burnout and personality: Evidence from academia. *Journal of Career Assessment*, 15(2), 240-256.
- Gil, C., & Vairinhos, C. (1997). *Síndrome de burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais*. Especialização em Administração de Serviços de Enfermagem. Lisboa: ESE Maria Fernanda Resende.
- Gillis, T. (2003). More than a social virtue: Public trust among organizations most valuable asset. *Communication World*, 20(3), 10-12.
- Gil-Monte, P.R. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Profesionales de Enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El Síndrome de Quemarse Por El Trabajo (Burnout). Una enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P.R., & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease: Part I: differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Goldberg, R., Boss, R., & Chan, L. (1997). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine*, 3, 1156-1164.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Gomes, A.R. (1998). *Stress e Burnout nos profissionais de psicologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.

- Gomes, A.R. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista interamericana de Psicologia*, 48(1), 12-141.
- Gomes, A.R., Melo, B., & Cruz, J. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. F. Cruz, A. R. Gomes, & B. Melo (Orgs.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO - Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gomes, A.R., & Cruz, J. (1999). *Estudo do Stress e do "burnout" no exercício profissional da Psicologia em Portugal*. C.E.E.P, Relatórios de Investigação. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A.R., & Cruz, J. (2004). Psicólogos Portugueses: Um estudo sobre as Diferenças de Género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.
- Gomes, A.R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Gómez-Gáscon, T., Martín- Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adan, J. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, 14, 1-7. doi: 10.1186/1471-2296-14-173
- Goodman, M., & Schorling, J. (2012). A mindfulness course decreases *burnout* and improves well-being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 43(2), 119-128.
- Graça, L. (1999). *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade: a satisfação profissional dos profissionais de saúde nos Centros de Saúde*. (19ª ed). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Greenberg, J., & Baron, R. (1997). *Behaviour in organizations: Understanding and managing the Human side of work*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Greenglass, E.R., Burke, R.J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Grunfeld, E., Whelan, T., Zitzelsberger, L., Willan, A., Montesanto, B., & Evans, W. (2000) Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, 163(2), 166-169.
- Gupta, V., Agarwal, U.A., & Khatri, N. (2016). The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement. *Journal Of Advanced Nursing*, 72(11), 2806-2817. doi:10.1111/jan.13043.
- Hackman, J., & Lawler, E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of Applied Psychology Monograph*, 55, 259-286.
- HahnMary, K., & Carlotto, M.. (2008). Síndrome de Burnout em monitores que atuam em uma fundação de protecção especial. *Revista Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 4(1), 53-62.

- Hair, M., Renaud, K. V., & Ramsay, J. (2007). The influence of self-esteem and locus of control on perceived email-related stress. *Computers in Human Behavior*, 23, 2791–2803. doi:10.1016/j.chb.2006.05.005
- Hakanen, J.J., Bakker, A., & Schaufeli, W. (2006). Burnout and engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43, 495-513.
- Hakanen, J., & Roodt, G. (2010). Using Job demands-resources model to predict engagement: analyzing a conceptual model. In A. Bakker & M. Leiter (Eds.), *Work engagement: A Handbook of Essential Theory and Research* (pp. 85-101). New York: Psychology Press.
- Hakanen, J., & Schaufeli, W. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave 7-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415-424.
- Halbesleben, J.R.B. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources and consequences. In A. Bakker & M. Leiter (Eds.), *Work engagement: A Handbook of Essential Theory and Research* (pp. 102-117). New York: Psychology Press.
- Hallberg, U., Johansson, G., & Schaufeli, W. (2007). Type A behaviour and work situation: associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135-142.
- Hallberg, U., & Schaufeli, W.B. (2006). “Same, same” but diferente: Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Journal of Psychology*, 11, 119-127.
- Hall, D. (1976). *Careers in Organizations*. Pacific Palisades, California: Goodyear.
- Hamilton, P., Spurgeon, P., Clark, J., Dent, J., & Armit, K. (2008). *Engaging doctors. Can doctors influence organisational performance?* London: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Harper, S. (2000). Managing technostress in the UK libraries: A realistic guide. *Ariadne*, 25, 18-21.
- Harris, R. (1989). Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaption framework. *Advances in Nursing Science*, 11(2), 12-28.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Harter, J., Schmidt, F., & Hayes, T. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement and business outcomes: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- Henne, D., & Locke, T. (1985). Job dissatisfaction: What are the consequences? *International Journal of Psychology*, 20, 221-240.
- Herédia, A., & Laneiro, T. (2015). As Repercussões do Burnout na Percepção do Psicólogo Clínico da Sua Relação com o Cliente. *PSIQUE*, 11, 113-133.

- Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R., & Capwell, D. (1957). *Job attitudes: review of research and opinion*. Pittsburgh: Psychological Services.
- Hespanhol, A. (2000). *Insatisfação Profissional - Manual de Medicina Geral e Familiar*. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-162.
- Hillan, E., McGuire, M., & Cooper, M. (1998). Computers in midwifery practice: a view from the labour ward. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 24-29.
- Hilton, M., & Whiteford, A. (2010). Interacting with the public as a risk factor for employee psychological distress. *BMC Public Health*, 10, 435-437. doi: 10.1186/1471-2458-10-435.
- Hobfoll, S., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 115-129). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Holder, N., Clark, H., DiBlasio, J., Hughes, C., Scherpf, J., & Harding, L. (1999). Cause, prevalence and response to occupational musculoskeletal injuries reported by physical therapists and physical therapist assistants. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 70(7), 642-652.
- Honeywell-Johnson, J.A., & Dickinson, A.M. (1999). Small group incentives: A review of the literature. *Journal of Organization Behavior Management*, 19(2), 89-120.
- Houaiss, A., Villar, M., & Franco, F. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Huang, I., Chuang, C.J., & Lin, H. (2003). The role of burnout in the relationship between perceptions of organizational politics and turnover intentions. *Public Personnel Management*, 32, 519-531.
- Hudiberg, R., & Necessary, J. (1996). Coping with computer stress. *Journal of Educational Computing Research*, 15(2), 113-124.
- Huebner, E. (1992). Burnout among School Psychologists: an exploratory investigation into its nature, extent and correlates. *School Psychology Quarterly*, 7(2), 129-136.
- Huston, C. (2013). The Impact of emergent technology on nursing care: warp speed ahead. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 1-15.
- Huston, C. (2014). Technology in the health care workplace: benefits, limitations, and challenges In C. Huston (Ed.), *Professional issues in nursing: Challenges and opportunities* (pp.214-227). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ilhan, M., Durukan, E., Taner, E., Maral, & Bumin, M. (2007). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100-106.
- Innstrand, S.T., Langballe, E.M., & Falkum, E. (2012). A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress & Health*, 28, 1-10.

- Isakkson, K., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O., & Gude, T. (2010). A Three-year Cohort Study of the Relationships between Coping, Job Stress and Burnout after a Counselling Intervention for Help-seeking Physicians. *BMC Public Health*, 10, 213.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x.
- Jackson, T.W., Dawson, R., & Wilson, D. (2003). Understanding Email Interaction Increases Organizational Productivity. *Communications of the ACM*, 46, 80-84. doi:10.1145/859670.859673
- James, J., McKechnie, S., & Swanberg, J. (2011). Predicting employee engagement in an age-diverse retail workforce. *Journal of Organizational Behavior*, 32(2), 173-196.
- Jardim, S., Silva, F., & Ramos, A. (2004). O diagnóstico de Burnout na atenção em saúde mental dos trabalhadores. In A. Araújo et al. (Orgs.). *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. (pp. 73- 87). Rio de Janeiro: DP & A.
- Jena, R., & Mahanti, P. (2014). An empirical study of technostress among Indian academicians. *International Journal of Education and Learning*, 3(2), 1-10.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 622-631. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x
- Johnson, R., & Marakas, G. (2000). Research report: The role of behavioral modeling in computer skills acquisition – toward refinement of the model. *Information Systems Research*, 11(4), 402-417.
- Joyce, C., Schurer, S., Scott, A., Humphreys, J., & Kalb, G. (2011). Australian doctors' satisfaction with their work: results from the MABEL longitudinal survey of doctors. *Medical Journal of Australia*, 194(1), 30-33.
- Judge, T.A., Heller, D., & Mount, M.K. (2002). Five Factor Model of Personality and Job Satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 530-541.
- Kahn, W.A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33, 692-724. doi:10.2307/256287
- Kahn, W.A. (1992). To be fully there: Psychological presence at work. *Human Relations*, 45, 321-349. doi:10.1177/001872679204500402.
- Kanste, O. (2011) Work engagement, work commitment and their association with well-being in health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 754-761.
- Kavanaugh, J., Duffy, J., & Lilly, J. (2006). The relationship between job satisfaction and demographic variables for healthcare professionals. *Management Research News*, 29(6), 304-325.

- Kazén, M., Kaschel, R., & Kuhl, J. (2008). Individual differences in intention initiation under demanding conditions. Interactive effects of state vs. action orientation and enactment difficulty. *Journal of Research in Personality*, 42, 693-715.
- Kiekkas, P., Karga, M., Pouloupoulou, M., Karpouhtsi, L., Papadoulas, V., & Koutsojannis, C. (2006). Use of technological equipinment in critical care units: nurses perceptions in Greece. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 178-187.
- Kim, H., Shin, K., & Swanger, N. (2009). Burnout and engagement: A comparative analysis using the Big Five personality dimensions. *International Journal of Hospitality Management*, 28, 96-104.
- Kim, W., & Mauborgne, R. (1998). Procedural justice, strategic decision making, and the knowledge economy. *Strategic Management Journal*, 19(3), 323-338.
- Kinman, G., & Jones, F. (2005). Lay representations of workplace stress: what do people really mean when they say they are stressed? *Work and Stress*, 19(2), 101-120.
- Kitaoka-Higashigushi, K., Morikawa, Y., Miura, K., Sakurai, M., Ishizaki, M., Kido, T., & Nakagawa, H. (2009). Burnout and risk factos for arteriosclerotic disease: Follow-up study. *Journal of Occupational Health*, 51, 123-131.
- Klausegger, C., Sinkovics, R., & Zou, H. (2007). Information overload: A cross-national investigation of influence factors and effects. *Marketing Intelligence & Planning*, 25, 691-718.
- Korunka, C., & Vitouch, O. (1999). Effects the implementation of information technology on employees' strain and job satisfation: A context-dependent approach. *Work and Stress*, 34(4), 341-363.
- Krishnan, S. (2017). Personality and espoused cultural differences in technostress creators. *Computers in Human Behavior*, 66,154-167. online first doi:10.1016/j.chb.2016.09.039
- Ksaizek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., & Ksiazek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*. 15, 347-350.
- Kuerer, H., Eberlein, T., & Pollock, R. (2007). Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3042-3053.
- Kupersmith, J. (1992). Technostress and the reference librarian. *Reference Services Review*, 50, 7-14.
- Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Astrom, S., & Karlsson, L. (1994). Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 670-679.
- Langelaan, S., Bakker, A.B., Van Doornen, L.J.P., & Schaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40, 521-532.
- Laschinger, H. (2010). Staff nurse work engagement in Canadian hospital setting: the influence of workplace empowermentand six areas of worklife. In S. Albrecht (Ed.), *Handbook of Employee*



- Engagement: Perspectives, Issues, Research and Practice* (pp.309-322). UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Laschinger, H., Grau, A., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses's workplace wellbeing: testing the job demands- resources model. *Health Care Management Review*, 37(2), 175-186.
- Laschinger, H., Wilk, P., Cho, J., & Greco, P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17, 636-646.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: University Press.
- Lazarus, R.S. (1995). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall, & P. L. Perrewé (Eds.), *Occupational stress: A Handbook* (pp.3-14). New York: Taylor & Francis.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Leal, M., Prado, S., Rodríguez, F., & Román, O. (1999). *El factor humano en las relaciones laborales*. Madrid: Pirámide.
- Leiter, M., Laschinger, H., Day, A., & Gilin-Oore, D. (2011). The impact of civility interventions on workplace social behaviour, distress and attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 96, 1258-1274.
- Leiter, M., & Maslach, C. (1988). Impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3, 89-100.
- Leonardi, P. (2009). Why do people reject new technologies and stymie organizational changes of which they are in favour. Exploring misalignments between social interactions and materiality. *Human Communication Research*, 35, 407-441.
- Leung, L., & Zhang, R. (2017). Mapping ICT use at home and telecommuting practices: A perspective from work/family border theory. *Telematics And Informatics*, 34(1), 385-396. doi:10.1016/j.tele.2016.06.001.
- Lim, J., Bogossian F., & Ahern K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*, 57(1), 22-31.
- Lima, M., Vala, J., & Monteiro, M. (1988). Os Determinantes da Satisfação Profissional Confronto de Modelos. *Análise Psicológica*, 6(3-4), 441-457.
- Lindsay, R., Hanson, L., Taylor, M., & McBurney, H. (2008). Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. *Australian Journal of Rural Health*, 16, 194-200.
- Liu, C., Spector, P.E., & Jex, S.M. (2005). The relation of job control with job strains: A comparison of multiple data sources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 325-336.

- Llorens, S., Bakker, A., Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the Job Demands-Resources model. *International Journal of Stress Management*, 13, 378-391.
- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A., & Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp.1297-1349). Chicago: Rand McNally.
- Locke, E. (1984). Job satisfaction . In M. Gruneberg, & T. Wall (Orgs.). *Social Psychology and Organizational behaviour* (pp. 93-117). New York: John Wiley and Sons.
- Loureiro, H., Pereira, A., Oliveira, A., & Pessoa, A. (2008). *Burnout* no trabalho. *Revista Referência*, 2(7), 33-41.
- Loureiro, R., Ferreira, M., & Duarte, J. (2007). Liderança em enfermagem versus satisfação profissional. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 17, 11-26.
- Lucas, J. (1984). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(1), 63-68.
- Mache, S., Danzer, G., Klapp, B. F., & Groneberg, D.A. (2013). Surgeons' work ability and performance in surgical care: relations between organisational predictors, work engagement and work ability. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 389, 317-25.
- Madureira, R. (2014). *Motivação e Stress no trabalho em profissionais do INEM: um estudo exploratório sobre tecnostress e adição ao trabalho*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Maia, N. (2012). *Satisfação em enfermagem: comparação entre setor público e privado*. Dissertação de Mestrado em Administração e Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Malagris, L.& Fiorito, A. (2006). Avaliação do nível de *stress* de técnicos da área da saúde. *Estudos de Psicologia*, 23(4), 391-398.
- Mamaghani, F. (2006). Impact of information technology on the workforce of the future: an analysis. *International Journal of Management*, 23(4), 845-850.
- Marques-Pinto, A., & Picado, L. (2011). *Bem-Estar e Adaptação nas Escolas Portuguesas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Marqueze, E. & Moreno, C. (2005). Satisfação no trabalho-uma breve revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 30(112), 69-79.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3ª Edição). Lisboa: Editora Sílabo.
- Maroco, J., Maroco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). *Burnout* em profissionais de saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30.
- Martinez, M. (2002). *As relações entre a satisfação com os aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado em Saúde Ambiental. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Martinez, M., & Paraguay, A. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78.
- Martinez, M., Paraguay, A., & Latorre, M. (2004). Relação entre Satisfação com os aspetos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38, 55-61.
- Martins, M., & Santos, G. (2006). Adaptação e validação de construto da Escala de satisfação no Trabalho. *PsicoUSF*, 11(2), 195-205.
- Martins, S. (2003). A Satisfação Profissional dos Enfermeiros. *Estudo exploratório em enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: FPCEUP.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The costs of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *American Psychological Society*, 12 (5), 189-192.
- Maslach, C. (2006). Understanding Job Burnout. In A. Rossi, P. Perrewe, & S. Sauter (Eds.) *Stress and quality of working life: Current perspectives in Occupational Health* (pp. 37-51). Greenwich, Conneticut: Information Age Publishing.
- Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44-47.
- Maslach, C. (2015). It's time to take action on burnout. *Burnout Research*, 2, iv-v.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7/8), 837-851.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1997). *MBI, Inventário de Burnout de Maslach, síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial, manual*. Madrid: TEA.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1999). Take this job and ...love it. *Psychology Today*, 32, 50-57.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., Leiter, M.P., & Jackson, S.E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 296-300.

- Maslach, C., Leiter, M., & Schaufeli, W. (2008). Measuring burnout. In S. Cartwright & C. L. Cooper (Eds.). *The Oxford handbook of organizational wellbeing* (pp.86-108). Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Matos, M., Veja, E., & Urdániz, A. (1999). Estudo do síndrome de *burnout* entre os profissionais de saúde de um hospital geral. *Psiquiatria Clínica*, 20(1), 125-138.
- Matos, V. (2012). *Monitorização da satisfação profissional num agrupamento de centros de saúde da região centro*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12 (2/3), 193-200.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de *stress* e recursos de *coping* nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17(3), 513-527.
- McVicar, A. (2003) Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633-642.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of type 2 diabetes. A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine*, 68, 863-869.
- Meliá, J., & Peiró, J. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 3(5), 59-74.
- Melnyk, B. (2006). The latest evidence on factors impacting nurse retention and job satisfaction. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3, 201-204.
- Mendes, J. (1999). *Onde viver em Portugal. Uma análise da qualidade de vida nas capitais de distrito*. Coimbra: Ordem dos Engenheiros.
- Menezes, M. (2010). *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e satisfação profissional em enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Miguez, J. (1987). Satisfação no trabalho e comportamentos de ausência. *Revista de Psicologia e de Ciências da Educação*, 2, 17-35.
- Mingote, J.C., Moreno, B., & Gálvez, M. (2004). Desgaste Profesional y La Salud De Los Profesionales Médicos: Revisión y Propuestas Preventivas. *Medicina Clínica*, 123(7), 265-270.
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e *engagement* como preditores do *burnout* em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 2-12.
- Montgomery, A., Panagopolou, E., & Benos, A. (2006). Work-Family interference as a mediator between job demands and job Burnout among doctors. *Stress & Health*, 22, 203-212.

- Moore, J. (2000). One Road to Turnover: an Examination of Work Exhaustion in Technology Professionals. *MIS Quarterly*, 24(1), 141-168.
- Moore, K., & Cooper, C. (1996). Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 82-89.
- Moreno-Jiménez, B., González-Gutiérrez, J., Garroza- Hernández, E., & Peñacoba-Puente, C. (2002). Desgaste Profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. *Revista de Enfermería ROL*, 25(11), 18-26.
- Morgan, K., Morgan, M., & Hall, J. (2000). Psychological developments in high technology teaching and learning environments. *British Journal of Educational Psychology*, 31, 71-79.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses. Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Moura, S. (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde. Bragança: Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança.
- Murcho, N.M., Jesus, S.N., & Pacheco, J.P. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o *burnout*: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças* 10(1), 57-68.
- Nédic, O., Belkic, K., Filipovic, D., & Jovic, N. (2010). Job Stressors among female physicians: relation to having a clinical diagnosis of hypertension. *International Journal of Environmental Health Research*, 16(3), 330-340.
- Nelson, D., & Simmons, B. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. In J.C. Quick & L. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp.97-117). Washington DC: APA.
- Netemeyer, R., Boles, J., & McMurrian, R. (1996). Development and Validation of Work Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-410.
- Neto, H.V. (2014). Metodologias agregadas de avaliação de riscos psicossociais: o caso do FPSICO e do QARPIS. In H.V. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (Eds.), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (pp.294-332). Porto: Civeri Publishing.
- Neto, H.V., Areosa, J. & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Porto: Civeri Publishing.
- Neves, A. (1998). *Motivação para o trabalho: dos conceitos às aplicações*. Lisboa: MR - Artes Gráficas.
- Newstrom, J. (2008). *Comportamento Organizacional: o comportamento humano no trabalho*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Ninaus, K., Diehl, S., Terlutter, R., Chan, K., & Huang, A. (2015). Benefits and stressors - perceived effects of ICT use on employee health and work stress: an exploratory study from Austria and Hong Kong. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 1-15, online, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28838>

- Norlund, S., Reuterwall, C., Hoog, J., Lindahl, B., Janlert, U., & Slunga-Brigander, L. (2010). *Burnout, working conditions and gender: results from the northern Sweden MONICA Study. BMC Public Health, 10*, 326-331.
- Nunes, R.A. (1990). *A importância do suporte social na prevenção do burnout na comunidade hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Nylenna, M., & Aasland, O. (2010). Job satisfaction among Norwegian doctors. *Tidsskr Nor Laegeforen, 130* (10), 1028-1031. doi: 10.4045/tidsskr.09.0955.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- O'Driscoll, M., & Beehr, T. (2000). Moderating effects of perceived control and need for clarity on the relationships between role stressors and employee affective reactions. *The Journal of Social Psychology, 140*(2), 151-159.
- O'Driscoll, M., Biron, C., & Cooper, C. (2009). Work-related technological change and psychological well-being. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.), *Technology and psychological well-being* (pp.106-130). Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Driscoll, M., Brough, P., Timms, C., & Sawang, S. (2010). Engagement with information and communication technology and psychological well-being. In P.L. Perrewe and D.C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being. Volume 8: New developments in theoretical and conceptual approaches to stress* (pp.269-316). Bingley, UK: Emerald.
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e *burnout* em enfermeiros: impacto do trabalho por turnos. *Revista Referência, 2*(7), 43-54.
- Oluwole, F.O. (2013). Work values, achievement motivation and technostress as determinants of job *burnout* among library personnel in automated federal university libraries in Nigeria. *Library Philosophy and Practice, 919*, 1-31.
- Organ, D. W., & Near, J.P. (1985). Cognition vs. affect in measures of job satisfaction. *International Journal of Psychology. Special Issue: Job Satisfaction, 20*, 241-253.
- Pacheco, J. (2005). *Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.
- Paim, J. (2005). Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. Freitas (Eds.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (pp.519-530). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pais, H. (2014). *Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar nos Hospitais da ARS do Centro*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Palmer, B., Quinn, Griffin, M., Reed, P., & Fitzpatrick, J. (2010). Self-transcendence and work engagement in acute care staff registered nurses. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(2), 138-147.

- Parikh, P., Taukari, A., & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6, 115-127.
- Parish, C. (2000). Most nurses are denied access to the net at work. *Nursing Standard*, 14(42), 4-5.
- Park, H., & Cho, J. (2016). The influence of information security technostress on the job satisfaction of employees. *Journal of Business & Retail Management Research*, 11(1), 66-75.
- Parreira, P. (1998). *Contacto com a morte e síndrome de burnout: Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia*. Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional. Lisboa: ISPA.
- Parreira, P., & Sousa, F.C. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.
- Patrick, K., & Lavery, J. F. (2007). Burnout in Nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48.
- Peansupap, V., & Walker, D. (2006). Information communication technology (ICT) implementation constraints. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 13(4), 364-379.
- Peeters, M., Montgomery, A., Bakker, A., & Schaufeli, W. (2005). Balancing Work and Home: How Job and Home Demands Are Related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43-61.
- Peiró, J.M. (1994). Intervención psicosocial en Psicología del trabajo y de las organizaciones. In J. M. Peiró & J. Ramos (Eds.), *Intervención psicosocial en las organizaciones* (pp.1-65). Barcelona: PPU.
- Peiró, J.M. (1997). *Psicología de la organización*. Madrid: UNED.
- Pereira, A. (2010). *Factores de Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Pereira, A.M. (2016). *Interação Trabalho-Família em Profissionais das Unidades de Saúde Familiar: Impacto dos Fatores Psicossociais e das Atividades de Recuperação Diária na Saúde Ocupacional*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Pereira, A.M., Pinto, T.V., & Queirós, C. (2014a). *Burnout e engagement em médicos e enfermeiros de unidades de saúde familiar*. Poster no 10 ° Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 6-8 Fevereiro, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Pereira, A.M., Queirós, C., Gonçalves, S., Carlotto, M.S., & Borges, E. (2014b) Burnout e Interação Trabalho-Família em Enfermeiros: estudo exploratório com o Survey Work-Home Interaction Nijmegen (SWING). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 24-30.
- Pereira, J. (2005). *A satisfação no trabalho: uma aplicação ao sector hoteleiro da ilha de São Miguel*. Dissertação de Mestrado em Gestão Estratégica e Desenvolvimento do Turismo. São Miguel: Universidade dos Açores.

- Pereira, P. (2010). *A Satisfação dos Profissionais de Saúde no Centro Hospitalar do Nordeste*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Perlman, B., & Hartman A. E. (1982). Burnout: Sumary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª edição). Lisboa: Editora Sílabo.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., & Cabral-Cardoso (2004). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (3ª Ed.). Lisboa: Editora RH.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 19-32). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press
- Pinto, A., & Chambel, M. (2008). *Burnout e Engagement em contexto organizacional*. Lisboa: Livro Horizonte.
- Pitt-Catsouphe, M., & Matz-Costa, C. (2008). Themulti-generational workforce: Workplace flexibility and engagement. *Community, Work & Family*, 11(2), 215-229.
- Pocinho, M., & Garcia, J. (2008). Impacto psicossocial das tecnologias da informação e comunicação (TIC): *Tecnostress*, danos físicos e satisfação laboral. *Acta Colombiana de Psicologia*, 11(2), 127-139.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from *burnout* and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 135-143.
- Poncet, M., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 698-704.
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., Gazendam-Domafrio, S., Dilingh, G., Bakker, A., Huisman, M., & Heijden, F. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherland: a national study. *Medical Education*, 44, 236-247. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03590.x
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., Van de Wiel, H., Gazendam-Donofrio, S., Sprangers, F., Jaspers, F., & Van der Heijden, F. (2007). Burnout among Dutch medical residents. *International Journal of Behaviour Medicine*, 14(3), 119-125.
- Probst, H., & Griffiths, S. (2009). Job satisfaction of therapy radiographers in the UK: Results of a phase I qualitative satudy. *Radiography*, 15, 146-157.
- Purvanova, R., & Muros, J. (2010). Gender differences in burnout: a meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior* 77, 168-185.



- Queirós, C., Carlotto, M., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A.M. (2013). Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Quick, J.C., Piotrkowski, C., Jenkins, L., & Brooks, Y. (2003). Four dimensions of healthy work: Stress, work-family relations, violence prevention, and relationships at work. In R.H. Rozensky, N.G. Johnson, C.D. Goodheart & W.R. Hammond (Eds.) *Psychology Builds a Healthy World* (pp.233-273). Washington, DC: American Psychological Association.
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D., & Hured, J. (1997). *Preventative stress management in organizations*. Washington, DC: APA.
- Ragu-Nathan, T.S., Tarafdar, M., Ragu-Nathan, B.S., & Tu, Q. (2008). The consequences of technostress for end users in organizations: Conceptual development and empirical validation. *Information Systems Research*, 19, 417-433.
- Ramirez, A.J., Graham, J., & Richards, M.(1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 71, 1263-1269.
- Raquepaw, J. & Miller, R. (1989). Psychoterapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 32-36.
- Ribeiro, M. (2014). Satisfação no trabalho dos Enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde. Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem. Porto: ESEP.
- Riedl, R. (2013). On the biology of technostress: literature review and research agenda. *The Database for Advances in Information Systems*, 44(1), 18-55.
- Riedl, R., Kindermann, H., Auinger, A., & Javor, A. (2012). Technostress from a neurobiological perspective. *Business & Information Systems Engineering*, 4, 61-69.
- Rivera, R., Fitzpatrick, J., & Boyle, S. (2011). Closing the RN engagement gap: which drivers of engagement matter? *Journal of Nursing Administration*, 41(6), 265-272.
- Robert, E., Fallon, T., Soar, J., Buikstra, E., & Hegney, D. (2008). Barriers to use of information and computer technology by Australia's nurses: a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1151-1158.
- Rodrigues, F., & Barroso, A. (2008). Avaliação do *Engagement* nos Docentes da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, *Bioanálise*, 1, 34-39.
- Rogers, A.E, Hwang, W.T, Scott, W.T, Aiken, L.H, & Dinges, D.F (2004) The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23, 202-212.
- Rosa, C. & Carlotto, M. (2001). Síndrome de *Burnout* e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(2),1-15.
- Rothbard, N. P. (2001). "Enriching or depleting?" The dynamics of engagement in work and family roles. *Administrative Science Quarterly*, 46, 655-684. doi:10.2307/309482.

- Rugulies, R., Christensen, K., Borritz, M., Villadsen, E., Bultmann, U., & Kristensen, T.S (2007) The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: results of 3-year follow-up study. *Work & Stress*, 21, 293-311.
- Rupert, P., Stevanovic, P., & Hunley, H. (2009). Work-family conflict and burnout among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 54-61. doi:10.1037/a0012538
- Sá, L. (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: FMUP.
- Sá, L. (2006). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem: resultados*. *Enfermagem Oncológica*, 34, 15-24.
- Saane, V., Sluiter, J., Verbeek, J., & Frings-Dresen, M. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction-a systematic review. *Occupational Medicine*, 53(3), 191-200.
- Saks, A. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 600-619.
- Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnoestrés: el rol de las creencias de eficacia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 225-247.
- Salanova, M. (2005). Metodología wont para la evaluación y prevención de riesgos psicosociales. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 14, 22-32.
- Salanova, M. (2007). Nuevas tecnologías y nuevos riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista Digital de Prevención*, 1(3), 25-34.
- Salanova, M. (2008). Nuevas tecnologías y nuevos riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 225-247.
- Salanova, M., Agut, S., & Peiró, J. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and costumer loyalty: the mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1217-1227.
- Salanova, M., Cifre, E., & Martin, P. (2004). Information technology implementation styles and their relation with worker's subjective well-being. *International Journal of Operations & Production Management*, 24(1), 42-54.
- Salanova, M., & Llorens, S. (2009). Exposición a la tecnología de la información y la comunicación y su relación con el engagement. *Ciência e Trabalho*, 11(32), 55-62.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I.M. & Schaufeli, W.B. (2003). Perceived collective efficacy, subjective well-being, and task performance among electronic work groups: an experimental study. *Small Group Research*, 34, 43-73.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Nogareda, C. (2007). *El tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*. *Nota Técnica de Prevención*, 730. Barcelona: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo - Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- Salanova, M., Peiró, J.M., & Schaufeli, W. (2002). Self-efficacy specify and burnout among information technology workers: An extension of the job demand-control model. *Journal of Work & Organizational Psychology*, 11(1), 1-25.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiro, J.M., & Grau, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': una nueva perspectiva? *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Santos, F. (2011). *A Satisfação Profissional e o Engagement nos Profissionais de Saúde do ACES Oeste Sul*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Santos, J. (2005). *Cultura: Clima organizacional e satisfação profissional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Faro: Universidade do Algarve.
- Santos, S C., Spagnoli, P., Ramalho, N., Passos, A.M., & Caetano, A. (2010). Aspectos da satisfação geral do trabalho: Existirá uma mudança de padrão ao longo do tempo? In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 2075-2089). Braga: Universidade do Minho.
- Sawatzky, J., & Enns, C. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 696-707.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2001). Work and well-being: Towards a positive occupational health psychology. *Gedrag & Organisatie*, 14, 229-253.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2003). *UWES - Utrecht work engagement scale: test manual*. Utrecht: Department of Psychology, Utrecht University. Acedido em Dezembro 2014 in <http://www.schaufeli.com>.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2010) Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In A. Bakker (Ed.), *Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research* (pp.10-24). New York, USA: Psychology Press.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*, 16, 565-583.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.

- Schaufeli, W.B., Keijsers, G., & Reis-Miranda, D. (1995). Burnout, technology use, and ICU-performance. In S.L. Sauter & L.R. Murphy (Eds.), *Organizational Risk Factors for Job Stress* (pp.259-271). Washington, DC: APA Books.
- Schaufeli, W.B., Maassen, G.H., Bakker, A.B., & Sixma, H.J. (2011). Stability and change in burnout: A ten-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 248-267. doi:10.1111/j.20448325.2010.02013.x
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002a). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464-481.
- Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. Gilliland, D.D. Steiner, & D.P. Skarlicki (Eds.), *Research in social issues in management (Volume 5): Managing social and ethical issues in organizations* (pp. 135–177). Greenwich, CT: Information Age Publishers. Schaufeli, W.B., Salanova, M., G.
- Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement at the workplace. In M. Peeters, M., J. Jonge, & T. Taris (Eds.), *People at work: An Introduction to Contemporary Work Psychology* (pp. 293-320).Chichester: Wiley-Blackwell.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A.B. (2002b). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W.B., Taris, T.W., & Bakker, A.B. (2008). It takes two to tango: Workaholism is working excessively and working compulsively. In R.J. Burke & C.L. Cooper (Eds.), *The long workhours culture: Causes, consequences and choices* (pp.203-226). Bingley, UK: Emerald.
- Schaufeli, W.B., Taris, T., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review*, 57(2), 173-203.
- Schneider, D., & Vaught, B. (1993). A comparison of job satisfaction between public and private. *Public Administration Quarterly*, 17(1), 68-80.
- Seco, G. (2002). *A satisfação dos professores: teorias, modelos e evidências*. Porto: Edições ASA.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sellberg, C., & Susi, T. (2014). Technostress in the office: a distributed cognition perspective on human- technology interaction. *Cognition, Technology & Work*, 16(2), 187-201.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworths.
- Selye, H. (1980). *Selye's guide to stress research: volume I*. New York: Van Nostrand Reinhold.

- Semmer, N. (1996). Individual differences, work stress and health. In M. J. Scharbracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 52- 86). Chichester, U.K: Wiley.
- Seo, Y., Ko, J., & Price, J. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 437-446.
- Shanafelt, T., Balch, C., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P., Sloan, J., & Freischlag, J. (2010). Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.
- Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., Satele, D., West, C., Sloan, J., & Oreskovich, M. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 20, 1-9.
- Shanafelt, T., Bradley, K.A., & Wipjje (2002). Burnout and self-reported patient case in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-367.
- Shepard, J., (1977). Technology, alienation, and job satisfaction. *Annual Review of Sociology*, 3, 1-21.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. (2009). Towards a positive occupational health psychology: The case of work engagement. *Japanese Journal of Stress Science*, 24, 181-187.
- Shirom, A. (2010). Feeling energetic at work: On vigor's antecedents. In A.B. Bakker, & M.P. Leiter (Eds.), *work engagement: Recent developments in theory and research* (pp.69-84). New York: Psychology Press.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2005). Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269-308.
- Shu, Q., Tu, Q., & Wang, K. (2011). The Impact of Computer Self-Efficacy and Technology Dependence on Computer –Related Technostress: A Social Cognitive Theory Perspective. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 27(10), 923-939.
- Silva, M. (2012). *Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação: Satisfação Profissional*. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.
- Silva, M.C.M., & Gomes, A.R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros e médicos portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Silva, M.P. (2008). *Burnout e Ansiedade em Enfermeiras dos cuidados de saúde primários do interior-norte de Portugal*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). *Burnout e Engagement em Profissionais de Saúde do Interior-Norte de Portugal*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-299.

- Silva, P. (2006). *Percepção de fontes de stress ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta*. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. Goiania: Universidade Católica de Goiás.
- Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde – dependência do percurso e inovações em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Smedley, A. (2005). The importance of informatics competencies in nursing: an Australian perspective. *Computers, Informatics, Nursing*, 23, 106-110.
- Smith, M., Cohen, L., & Stammerjohn, J. (1981). An investigation of health complaints and job stress in video display operations. *Human Factors* 23(4), 387-400.
- Soler, J.K., Yaman, H., Esteva, M., et al. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN Study. *Family Practice*, 25, 245-265.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88(3), 518-528.
- Sonnentag, S., Mojza, E., Demerouti, E., & Bakker, A. (2012). Reciprocal relations between recovery and work engagement: the moderating role of job stressors. *Journal of Applied Psychology*, 97, 842-853.
- Spector, P. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, California: Sage Publications
- Spurgeon, A., & Harrington, J.M. (1989). Work performance and health of junior hospital doctors: a review of the literature. *Work & Stress*, 3, 117-128.
- Srivastava, S.C., Chandra, S., & Shirish, A. (2015). Technostress creators and job outcomes: theorizing the moderating influence of personality traits. *Information Systems Journal*, 25(4), 355-401.
- Steinberg, B.A. (2017). Feasibility of a Mindfulness -based intervention for surgical intensive care unit personnel.. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 10-18. doi:10.4037/ajcc2017444.
- Steinmueller, W.E. (2000). Will new information and communication technologies improve the ‘codification’ of knowledge? *Industrial and Corporate Change*, 9, 361-376. doi:10.1093/icc/9.2.361
- Sutton, R., & Staw, B. (1995). What theory is not. *Administrative Science*, 40, 371-384.
- Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horrii, S., & Sato, C. (2008). Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals: a two year longitudinal study. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, 9-21.
- Sweetman, D., & Luthans, F. (2010). The power of positive psychology: Psychological capital and work engagement. In A.B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp.54-68). Hove, England: Psychology Press.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics, 6th ed.* Boston: Pearson.

- Tacy, J. (2016). Technostress: a concept analysis. *Online Journal of Nursing Informatics*, 20(2).  
Acedido em Dezembro 2016 in <http://www.himss.org/ojni>
- Tamayo, A. (2000). Prioridades axiológicas e satisfação no trabalho. *Revista de Administração FEA-USP*, 35(2), 37-47.
- Tanner, G., Bamberg, E., Kozak, A., Kersten, M., & Nienhaus, A. (2015). Hospital physicians' work stressors in different medical specialities: A statistical group comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(7), 1-8.
- Tarafdar, M., Ragu-Nathan, B., Ragu-Nathan, T., & Tu, Q. (2005) Exploring the Impact of Technostress on Productivity. *Proceedings of the 36th Annual Conference of Decision Sciences Institute*, (pp.19-22). San Francisco, EUA: Decision Sciences Institute.
- Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, B., & Ragu-Nathan, T. (2007). The impact of technostress on role stress and productivity, *Journal of Management Information Systems*, 24(1), 301-328.
- Tavares, O. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de imagiologia dos hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Teixeira, F.C. (2010). *Stress e Saúde Ocupacional em Profissionais de Risco: Um Estudo com Bombeiros Voluntários do Distrito do Porto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Teixeira, M. (2014). *Tecnostress, Burnout e Engagement no trabalho: estudo comparativo com médicos e polícias*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Thatcher, J., & Perrewe, P. (2002). Na empirical examination of individual traits as antecedents to computer anxiety and computer self- efficacy. *MIS Quarterly*, 26, 381.
- Thielen, K., Nygaard, E., Rugulies, R., & Diderichsen, F. (2011). Job stress and the use of antidepressant medicine: a 3.5-year follow-up study among Danish employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 205-210.
- Thompson, M.S., Page, S.L., & Cooper, C.L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Thomsen, S., Soares, J., Nolan, P., Dallender, J., & Arnetz, B. (1999). Feeling of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: The importance of organisational and individual factors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 157-164.
- Tornatzky, L., & Fleischer, M. (1990). *The Processes of Technological Innovation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C., & Martins, C. (2005). Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *PsychoOncology*, 14, 661-670.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: Concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.

- Tsigilis, N., Koustelios, A., & Togia, A. (2004). Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction and burnout. *Journal of Managerial Psychology*, 19(7), 666-675.
- Tu, Q., Wang, K., & Shu, Q. (2005). Computer-related technostress in China. *Communications of the ACM*, 48, 77-81.
- Tummers, G., Merode, F., Landeweers, A., & Candel, M. (2003). Individual-level and group-level relationships between organizational characteristics, work characteristics, and psychological work reactions in nursing work: A multilevel study. *International Journal of Stress Management*, 10, 111-136.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Upadaya, K., Vartiainen, M., & Salmela-Aro, K. (2016). From job demands and resources to work engagement, burnout, life satisfaction, depressive symptoms, and occupational health. *Burnout Research*, 3, 101-108.
- Valk, M., & Oostrom, C. (2007). Burnout in the medical profession- causes, consequences and solutions. *Occupational Health at Work*, 3(6), 1-5.
- Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M., & Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: Nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 20, 679-686.
- Van Eck, M. (2005). *Technostress and work wellness*. Doctoral Dissertation. Gauteng, South Africa: North-West University. Acedido em Maio de 2016 in <http://hdl.handle.net/10394/2253> (dspace.nwu.ac.za).
- Venkatesh, V., & Morris, M. (2000). Why don't men ever stop to ask for directions? Gender, social influence, and their role in technology acceptance and usage behaviour. *MIS Quarterly*, 24(1), 115-139.
- Vieira, S., & Ventura, S. (2008). Estudos do stress nos técnicos de radiologia. *TDTONline Magazine*, Jan-Fev, 1-14. doi: [http://www.tdtonline.org/PDF/artigo\\_saravideira.pdf](http://www.tdtonline.org/PDF/artigo_saravideira.pdf)
- Vieira, A.M.C (2005). *Personalidade e Satisfação com o trabalho em agentes da PSP*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: FDUP.
- Vieira, M. (2016). *Satisfação no Trabalho e Absentismo dos Enfermeiros de um ACES*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Porto: ESEP.
- Villena, N., Zelada, T., & Olcese, C. (2003). El síndrome de Burnout en enfermeras de los servicios hospitalarios de la provincia de Trujillo. *Psiquiatria.com*, 7(2), 1-10.
- Vinje, H.F., & Mittlmark, M.B. (2007). Job engagement's paradoxical role in nurse burnout. *Nursing Health Science*, 9, 107-111.
- Visser, P., Breed, M., & Van Breda, R. (1997). Employee satisfaction. A triangular approach. *Journal of Industrial Psychology*, 23(2), 19-24.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*. New York, NY: Wiley.



- Walker, A., & Campbell, K. (2013). Work readiness of graduate nurses and the impact of job satisfaction, work engagement and intention to remain. *Nurse Education Today*, 33, 1490-1495.
- Wang, K., Shu, Q., & Tu, Q. (2008). Technostress under different organizational environments: An empirical investigation. *Computers in Human Behavior*, 24, 3002-3013.
- Wang, S., & Liu, Y. (2013). Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses's work engagement: test of structural equation modelling. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 287-296.
- Wang, S., Liu, Y., & Wang, L. (2015). Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 78-86.
- Warr, P. (2002). The study of well-being, behaviour and attitudes. In P. Warr (Ed.), *Psychology at work* (pp.11-25). London, England: Penguin Books.
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.
- Webster, J., Davis, J., Holt, V., Stallan, G., New, K., & Yegdich, T. (2003). Australian nurses and midwives knowledge of computers and their attitudes to using them in their practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 140-146.
- Weil, M.M., & Rosen, L.D. (1997). *Technostress: Coping with technology @work @home @play*. New York: John Wiley.
- Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355, 533-537.
- Weiss, H. (2002). Deconstructing job satisfaction: separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human Resource Management Review*, 12, 173-194.
- Williams, E.S, Konrad, T.R, Scheckler, W.E., Pathman, D.E., Linzer, M., McMurray, J., Gerrity, M., & Schwartz, M. (2001) Understanding physicians intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review*, 26, 7-19.
- Williams, E.S, Manwell, L., Konrad, T., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, 32, 203-212.
- Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp.151-162). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Wong, C., Laschinger, H., & Cummings, G. (2010). Authentic leadership and nurses's voice behavior and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18, 889-900.
- World Health Organization (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

- Wu, M. (2010). *Perceptions of work engagement of nurses in Taiwan*. Dissertation in Health Sciences. Houston: University of Texas School of Nursing. Acedido em Novembro 2015 in <http://digitalcommons.library.tmc.edu/dissertations/AAI3445862/>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2009). Work engagement and financial returns: a diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 183-200.
- Yamashita, M. (1995). Job satisfaction in Japanese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 158-164.
- Zaidi, N., Wajid, R., Zaidi, F., Zaidi, G., & Zaidi, M. (2013). The big 5 personality traits and their relationship with work engagement among public sector university teachers of Lahore. *African Journal of Business Management*, 7(15), 344-353.
- Zhu, Y. (2013). A review of job satisfaction. *Asian Social Science*, 9(1), 293-298.
- Zoio, D., Silva, C., Neto, D., Espassandim, T., Faria, T. L., & Coelho, V. (2014). Psicólogos defendem locais de trabalho saudáveis. *Psis 21 - Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 7, 22-23.

***Burnout, Engagement, Tecnostress e Satisfação Laboral em  
Profissionais de Saúde do Interior-Norte de Portugal***

Melani Paulo da Silva

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

